[…]ANNÉE. — N° 111. 1/13 JUIN 1895.



GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES
DE L'EMIPRE OTTOMAN.

BUREAUX DU JOURNAL :
AU LOCAL DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE, ASMALI TCHIKMA, SAKA SOKAK, PÉRA
CONSTANTINOPLE.

POUR LES ANNONCES ET ABONNEMENTS
S'adresser à l'Éditeur A. CHRISTIDIS
19, Rue Voïvoda, Galata, Constantinople.

PRIX DE L'ABONNEMENT PAR AN
Constantinople : 30 Ptres. — Provinces : 36 Ptres. — Étranger : 8 Francs.



CONSTANTINOPLE,
Imprimerie A. CHRISTIDIS, 19, Rue Voïvoda, Galata.

1895.

(اقزالتريلى بلانقا محلولى وقومبر يمه‌لرى)
الام عصبيه ، عضليه ، سينيه ، غضروفيه ، ذات المنصل الخ .

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9me ANNÉE | N° 111 | 1/13 JUIN 1895.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES
DE L'EMPIRE OTTOMAN.

SOMMAIRE — De l'Hystérie, par le **Dr M. Logothétis.** — Hygiène sociale sur la prophylaxie de l'alcoolisme, par **M. Motet.** — Guérison de deux cas de cancer par la sérothérapie. — Acide salicylique et salicylate de soude, par **Paul Chéron.**

DE L'HYSTÉRIE

Communication faite à la séance du 3 Mai de la Soc. de Méd. de Constantinople.

Le but de ma communication est de vous faire connaître quelques cas d'hystérie, provoqués par des lésions des organes génitaux, et guéris par l'intervention gynécologique. Cette question est digne, je trouve, d'un grand intérêt, parce qu'elle est bien négligée dans notre thérapeutique, et d'antant plus, puisque malgré tout le travail gigantesque fait par l'Ecole de la Salpêtrière, le dernier mot n'a pas été encore dit et plusieurs points restent encore embrouillés. Avant d'entamer mon sujet, permettez-moi, Messieurs, de vous rappeler quelques faits historiques se rapportant aux recherches faites à propos de l'hystérie ; dans cet exposé je tâcherai de vous convaincre, je l'espère du moins, que les méthodes qui ont été suivies jusqu'à nos jours, même par le chef immortel de l'Ecole de la Salpêtrière, pour l'éclaircissement de cette question difficile, laissent bien à desirer ; et voilà pourquoi, j'ose le dire, la question de l'hystérie contient encore des lacunes.

Vous savez tous, Messieurs, ce que les anciens comprenaient sous le mot hystérie: «un tableau nosologique ayant comme cause occasionnelle la matrice ; d'ailleurs, le nom conservé jusqu'à nos jours, hystérie, provient d'hystéra « matrice ». Dès maintenant j'attire votre attention sur un fait qui a un intérêt capital pour la question que je vais traiter aujourd'hui : savoir, que les anciens rapportaient l'hystérie, non pas aux lésions de la matrice, non pas à une matrice souffrante, mais à une matrice bien portante, remuante, pleine d'amour, de jeunesse et de désirs. La matrice, a dit Platon, est un animal qui désire fortement faire des enfants,

lorsqu'il reste intact après la puberté, il a peine à le supporter, il se révolte, il parcourt tout le corps, fermant les issues de l'air, arrêtant la respiration, jetant le corps dans des dangers extrêmes et provoquant diverses maladies jusqu'à ce que le désir et l'amour réunissent l'homme et la femme et fasse naître un fruit ». Αἱ δ' ἐν ταῖς γυναιξὶ μῆτραι τε κι ὑστέραι λεγόμεναι, ζῶον ἐπιθυμητικὸν ἐνὸν τῆς παιδοποιΐας, ὅταν ἄκαρπον παρὰ τὴν ὥραν χρότον πολὺν γίγνηται, χαλεπῶς ἀγανακτοῦν φέρει, καὶ πλατώμινον πάντη κατὰ τὸ σῶμα, τὰς τοῦ πνεύματος διεξόδους ἀποφράττον, ἀναπνέειν οὐκ ἐῶν εἰς ἀπορίας τὰς ἐσχάτας ἐμβάλλει καὶ νόσους παντοδαπὰς ἄλλας παρέχει, μέχρι περ ἂν ἑκατείρων ἡ ἐπιθυμία καὶ ὁ ἔρως ξυνδιαγαγόντες, οἷον ἀπὸ δένδρων καρπὸν καταδρέψαντες, ὡς εἰς ἄρουραν τὴν μήτραν ἀόρατατα ὑπὸ σμικρότητος καὶ ἀδιάπλαστα ζῶα κατασπείραντες, ... καὶ μετὰ τοῦτο εἰς φῶς ἀγαγόντες ζώων ἀποπλήσωσι γίνεσιν. (Plat. Timée ἔκδ. Caroli Friderici Hermani p. 405). Hippocrate, le père de notre médecine, expliquait de la même manière l'hystérie ; il laissait voyager aussi la matrice, et faire ses excursions amoureuses dans le corps, en occasionnant des troubles indescriptibles ; la théorie de Galien est presque la même ; il rapporte l'hystérie à la rétention du fluide séminal chez la femme, qui devait se verser, naturellement, pendant le coit. Bref, l'aphorisme connu « drubat illa et morbus effugiet » régnait dans sa plénitude. Vous voyez, Messieurs, que les maladies des organes génitaux ne sont point prises en considération ; c'est le dévergondage, les désirs, l'amour, les points occasionnels de l'hystérie. Et les recherches qui portent jusqu'à nos jours? Eh bien ! même les recherches magistrales de l'Ecole de la Salpêtrière ont complètement négligé ces lésions, comme nous allons le voir plus loin, ce qui me fait dire que les méthodes de recherches restent incomplètes jusqu'aujourd'hui.

Les théories des anciens sur l'étiologie de la maladie en question, ont prévalu avec des variations selon les us et les croyances religieuses pendant des siècles ; vous connaissez tous, les possédées, les démoniaques du moyen-âge, et surtout celles de Loudun. « Sœur Jeanne des Anges, supérieure, est possédée par sept diables ; les trois furent chassés ; les quatre s'appelaient Léviathan, Beherit, Balaam, Isaacaron. Sœur Claire, celle qu'on nommait le Beau petit diable, en possédait huit, le premier Zabulon, le deuxième Nephtali, le troisième est un diable nommé *Sans fin* ou Grandeur des Dominations, le quatrième Ennemi des Vertus, le cinquième l'ennemi de la Vierge des Chérubins, le sixième Pollution des Chérubins, le septième Verrine, le huitième Concupiscence des Chérubins. Quelques-unes de ces possédées racontaient que lorsque le diable avait des rapports avec elles, elles souffraient le martyr. Elles disaient que son membre était long, rude, pointu, couvert d'écailles qui se relevaient en sortant, et déchiraient le vagin. Dans tout cet exposé vous voyez

bien qu'après des siècles, la lubricité, l'amour jouent toujours le rôle des provocateurs de l'hystérie ; là, ce sont les voyages erratiques de la matrice, ici, chez les pauvres religieuses, ce sont les démons qui s'emparent de leur corps pleins de désirs ; jusqu'au commencement de notre siècle, c'est toujours l'organe vénérien qui est considéré comme cause occasionnelle de l'hystérie. Louyer Villermay dit, dans son traité écrit en 1816, que la rétention du fluide séminal féminin, en est la cause ; il ajoute: « La privation des plaisirs, de l'amour, des chagrins relatifs à cette passion, en est la cause ».

Je vous ai fait, Messieurs,un exposé bien succinct et incomplet de l'historique immense de l'hystérie ; j'ai voulu insister sur l'étiologie de cette maladie ; non seulement en France, mais en Allemagne, des auteurs comme Promberg, Valentiner, Mayer, et partout ailleurs, attribuaient l'hystérie à la matrice dans le sens sus-indiqué ; néanmoins, pour le diagnostic de cette maladie, une confusion énorme régnait. L'épilepsie, l'hypocondrie, la folie quelquefois, chaque phénomène nerveux, passait étiqueté sous le nom vague de l'hystérie ; chose qui se fait d'ailleurs aujourd'hui encore quelquefois, et on ne savait au juste où commençaient, et où finissaient les limites de l'hystérie. Collin dit avec raison : « L'hystérie est un « caput mortuum », dans lequel on entasse tout ce que notre esprit, amateur des causes finales, ne peut expliquer. C'est le célèbre maître de la Salpêtrière qui, avec ses élèves, a tranché cette question ; c'est lui qui a mis les bases d'un diagnostic vraiment scientifique, c'est lui qui, par son génie investigateur, a su séparer l'hystérie de l'épilepsie et de tant de troubles nerveux qui n'avaient rien à faire avec l'hystérie ».

Pour Charcot, l'hystérie est une maladie psychique par excellence où l'hérédité joue le premier rôle ; l'hystérique, outre les stigmates psychiques de la dégénérescence mentale, doit présenter les stigmates physiques ; ce sont des troubles sensitivo-sensuels, viennent après les points hystérogènes, et l'état convulsif des hystériques. Il n'est point dans mon intention de vous signaler les immenses services rendus à la science par les recherches de l'Ecole de la Salpétrière ; c'est à Charcot que revient l'honneur de nous avoir mis en état de pouvoir distinguer les formes les plus complexes et les plus variées de l'hystérie ; c'est par ses recherches que les chirurgiens sont en état de distinguer les vraies coxalgies des coxalgies hystériques et d'éviter des fautes grossières ; vous savez tous que des amputations du genou,la désarticulation de la cuisse ont été faites chez nombre de malades hystériques, mais dont les jambes et les cuisses se portaient à merveille. Le mal de Pott, le pied bot, etc., ne peuvent pas être confondus

avec des contractures hystériques ; le clou hystérique avec des vomissements de la même nature ne peut plus se confondre avec la méningite, etc.

Mais, malgré tous ces services, Messieurs, je crois qu'il y a un point faible dans les recherches de Charcot, qui les rend incomplètes ; telle a été mon impression, du moins, lorsque j'ai lu et relu ses œuvres ou bien celles de ses élèves qui étaient à ma portée. Le point faible le voici, et je tiens à avoir sur ce point qui intéresse ma communication, votre opinion éclairée, parce qu'il peut bien se faire que je sois dans l'erreur.

Pour Charcot, l'hystérie est une maladie psychique ; l'hérédité, similaire ou par transformation, y joue toujours le premier rôle, et par conséquent, il n'y a qu'une hystérie et indivisible [1], comme il dit. Pour ma part, je crois qu'il y a une hystérie dans le sens de Charcot et une autre avec le même cachet provoquée par des lésions des organes génitaux ou de la matrice, et par conséquent que l'hystérie n'est pas une et indivisible, mais qu'il y en a deux formes. Dans cette question étiologique, je trouve que Charcot et les névrologues qui le suivent, sont entraînés par le courant de la mode qui règne dans notre science ; nous avons aussi nos modes, Messieurs, comme les femmes ; tout ce qui, hier, a partagé lés éloges du monde médical est aujourd'hui rejeté complètement ; et malheureusement nous oublions trop le proverbe « in medio veritas ». Les anciens, comme j'avais l'honneur de vous le dire, rapportaient jusqu'à la moitié de notre siècle, tous les phénomènes hystériques à la matrice ; Charcot les a niés complètement. Tant ceci est vrai, que, dans l'ouvrage de son chef de clinique, Gilles de la Tourette, dernièremeni paru et inspiré par Charcot, il est dit que quoique la fièvre typhoïde, la rougeole, les intoxications et tant d'autres maladies jouent le rôle des provocateurs de l'hystérie, les maladies des organes génitaux n'y figurent presque pas. Même un peu avant Charcot, Briquet, qui a rendu aussi des services précieux sur cette question, ne voulait rien entendre des ovaires ou de la matrice. «En voulant tout rapporter à l'ovaire et à l'utérus, dit-il, on fait de l'hystérie une maladie de lubricité, une affection honteuse, propres à rendre les hystériques des objets de dégoût et de pitié«.

Comme on le voit, Briquet, comme l'Ecole de la Salpêtrière aussi, ne prenant point en considération les affections utérines, a tâché de démontrer que ni la lubricité, ni l'abstention des religieuses ne pouvaient être accusées comme cause de l'hystérie. En effet, à l'appui de cette thèse, Charcot invoque la statistique de Briquet qui porte sur les femmes de Lourcine, qui sont, comme vous le savez, domestiques ou ouvrières. Or sur 424, on a trouvé 169 hystériques confirmées, dont 57 à attaques. Par

(1) Leçons de Mardi, II p. 36. Ibid. p. 37. Ibid. p. 50.

cette statistique on conclut que les organes génitaux n'ont rien à faire avec l'hystérie, parce que, disent-ils, cette classe qui présente 50 0/0 d'hystériques ne souffre ni du célibat de la vie religieuse, ni des débauches des prostituées.

Maintenant je vous demande, Messieurs, si vous êtes édifiés des conclusions de cette statistique ; moi, je dois l'avouer, je les trouve peu édifiantes et je suis étonné comment des auteurs qui ont immortalisé leur nom par leur mérite, ont oublié que justement cette classe de malades, offre le contingent le plus grand de la maladie da la matrice ; parce que c'est à cause de leur métier qu'elles sont obligées de cacher une grossesse et de provoquer des avortements, ou bien après avoir eu une gonorrhée par exemple, d'éviter le médecin, pour des raisons faciles à comprendre, tandis que la loi en France surveille les prostituées et les oblige de se faire soigner ; inutile de vous dire maintenant laquelle de ces classes souffrira davantage des maladies de la matrice.

Or, il serait plus intéressant et édifiant pour la question, à savoir, combien de ces filles souffraient de leurs organes génitaux, au point de vue gynécologique, que de savoir le nombre de leurs amants.

On ne peut qu'être fort étonné pourquoi les recherches dans ce sens sont tout à fait négatives ; d'autant plus que, par des lésions d'autres organes on connaît déjà, qu'il peut y avoir nombre de phénomènes nerveux réflexes [1]. Potain, dans une leçon faite à la Charité dernièrement, prétend, que les maladies cardiaques peuvent créer l'hystérie chez les individus indemnes de toute tare héréditaire et ne portant point l'état mental hystérique. Voici ses propres mots : « ou bien l'affection cardiaque ne fera que réveiller ou exaspérer une hystérie latente jusque-là, *ou bien elle créera de toutes pièces un état hystérique analogue à ces hystéries de cause interne.* Vous voyez combien Potain est favorable à la thèse que je vais vous développer.

Il est vrai que Charcot admet une forme spéciale de l'hystérie qu'il appelle, ovarienne ou ovarique [2], mais non parce qu'il s'est donné la peine de faire ou de laisser faire un examen minutieux des organes génitaux, et qu'il a trouvé les ovaires souffrants, mais parce qu'il a rencontré chez un nombre de femmes une hypéresthésie dans l'une ou les deux fosses iliaques ; hypéresthésie qui non seulement se révélait par une pression plus ou moins forte sur ces régions, mais qui provoque ou fait cesser des attaques convulsives chez un nombre d'hystériques. Vous connaissez tous, la fameuse ovarie de l'Ecole de la Salpêtrière. Je vous

(1) Clinique médicale de la Charité, par M. le prof. Potain, avec la collaboration de MM. François, Franz, etc.
(2) Charcot. Maladies du système nerveux, Tom. I, p. 302.

demande si on a le droit de prétendre que cette sensibilité provient de la pression exercée sur l'ovaire; Charcot l'affirme de la manière la plus positive, en ajoutant (1) qu'on sent par la pression externe seulement, un corps ovoïde allongé, etc. ; moi j'en doute fort, et d'autres croient que la sensibilité doit être rapportée au muscle pyramidal ou l'oblique, c'est pourquoi ils lui ont donné le nom de myodynie, et d'autres un nom collectif calcialgie. Permettez-moi, Messieurs, de croire que toutes ces longues discussions sont stériles et n'ont aucune raison d'être ; parce que si on presse fortement avec le poing sur la région iliaque, on ne peut plus savoir où la pression porte ; peut être sur tout le paramètre, sur la matrice probablement, mais sur l'ovaire très probablement non. Quiconque a fait des examens gynécologiques doit avoir constaté que, même lorsqu'on prend par l'examen bimanuel l'ovaire entre les deux mains, on le perd facilement, et de telle manière, que, quelquefois on ne le retrouve que difficilement tant l'ovaire normal est mobile et échappe bien à la pression ; ou bien s'il est altéré par une périophorite, par exemple, alors il est fixé très souvent sous le bord de l'os iliaque, et par conséquent pour une plus forte raison, il peut échapper complètement à la pression.

(*à suivre*) Dr M. LOGOTHÉTIS.

HYGIÈNE SOCIALE

SUR LA PROPHYLAXIE DE L'ALCOOLISME.

L'alcoolisme est une maladie qui marche avec la civilisation, aussi bien en Turquie qu'en Europe, et dont les conséquences sont éminemment graves pour la société.

On en a beaucoup parlé jusqu'à présent. Le discours de M. Motet, fait à l'Académie de médecine, que nous reproduisons, contient des idées nouvelles et qui intéressera nos médecins et nos législateurs.

Parmi ses aspects multiples, il en est un qui doit être vigoureusement mis en relief. Je prie l'Académie de me permettre de le lui signaler, ayant eu l'occasion, dans une pratique médico-légale déjà longue, de l'étudier, à maintes reprises, et de vous parler, Messieurs, de la criminalité d'origine alcoolique.

Ce n'est pas, certes, chose nouvelle, que de constater des délits ou des crimes commis sous l'influence de l'excitation alcoolique. Mais il y a

(1) Charcot, Malad. du système nerveux, tome I, p. 323.

quarante ans, les cas étaient assez rares, pour qu'un très petit nombre de rapports médicaux-légaux, publiés dans des ouvrages spéciaux, servissent de modèle à toutes les descriptions. Aujourd'hui, il n'en est plus de même ; il n'y a pas de mois, pas de semaine, où l'on n'enregistre des actes d'une violence, d'une brutalité inouïe. Les meurtres se multiplient d'une manière effrayante ; et ce qu'il y a de plus inquiétant, c'est que le couteau, le revolver, sont entre les mains d'individus chez lesquels s'est développée une impulsivité qui est certainement sous la dépendance d'une excitation cérébrale entretenue par des alcools toxiques. La clinique et les recherches du laboratoire de physiologie sont d'accord, se complètent les unes les autres ; elles permettent d'affirmer que la soudaineté de l'agression, l'acharnement du meurtrier sur sa victime, révèlent l'influence des poisons que Laborde, Magnan, ont appelé convulsivants. Je vous en citerai des exemples, mais auparavant je veux mettre sous vos yeux un tableau dressé par le greffier en chef de la prison de Sainte-Pélagie, M. Marambat ; les chiffres portent sur des détenus condamnés pour délits ou pour crimes, et sur les hablitudes alcooliqoes desquels il a recueilli des renseignements positifs.

	NOMBRE d'individus	NOMBRE d'intempérants.	Proportion p. 100.
Vol, recel, abus de confiance, escroquerie, filouterie, soustraction frauduleuse, détournement, faux, chantage, extorsion de signature	1.898	1.346	70
Coups et blessures volontaires, homicide par imprudence, outrages, rébellions, violences, voies de fait, attaques avec armes, séquestration	415	366	88.2
Viol, tentative de viol, attentat à la pudeur, attentat aux mœurs, enlèvement de mineurs, excitation de mineurs à la débauche, adultère, avortement, bigamie.	308	165	53.6
Rupture de ban, mendicité, vagabondage.	272	216	79.4
Assassinat, meurtre, tentative de meurtre, tentative de parricide, homicide volontaire.	15	8	35.3
Incendie volontaire	14	8	57.1

Je ne sais rien de plus saisissant que ces chiffres : J'en ai pu contrôler l'exactitude dans une prison d'adultes de seize à vingt ans ; ces détenus jeunes m'ont appris qu'ils ne buvaient presque pas de vin ; ils donnent la préférence aux liqueurs, aux noms les plus variés, qui toutes sont fabriquées avec des alcools d'industrie, dits supérieurs, qui ne sont jamais débarrassés de leurs éthers toxiques et dont le goût est masqué par des préparations chimiques qu'on appelle « les bouquets », qui sont elles-

mêmes des poisons, comme vous le disait si éloquemment M. Rochard, il y a quelques jours ; si bien, Messieurs, qu'on s'empoisonne partout ; les absinthes, les bitters, les amers, pour ne parler que des plus connus, introduisent avec eux dans l'économie des éthers qui tantôt agissent avec une foudroyante rapidité, tantôt ne produisent leurs effets qu'à la longue. Il n'y a pas jusqu'aux petits vins blancs qu'on a remontés avec de l'alcool qui ne deviennent toxiques. C'est contre ces falsifications que les pouvoirs publics devraient sévir sévèrement. Jadis, si l'ivresse était quelquefois turbulente, elle était le plus souvent légère, expansive et gaie. C'était celle que chantaient nos pères ; aujourd'hui, elle est querelleuse, brutale, agressive. La cause des rixes sanglantes, des meurtres, des tentatatives de meurtere, si communs de nos jours, ne la cherchez pas ailleurs que dans la mauvaise qualité de « ce qu'on boit ». J'ai recueilli dernièrement un mot typique tombé de la bouche d'une pauvre femme à laquelle je demandais des nouvelles de son fils qui lui avait causé de gros chagrins, elle me dit : « Hélas ! Monsieur, il boit, et ça le rend fou ; quand son père avait un coup de trop, il était bien un peu ennuyeux, mais il n'était pas méchant ; mon fils il me fait peur ! »

Les circonstances m'ont permis de voir un grand nombre de ces délinquants et de ces criminels ; pour les uns, l'intoxication a été subite, l'impulsion a suivi de près, et avec la soudaineté d'invasion d'une crise épileptoïde le buveur a été lancé, tête baissée, dans une sanglante aventure.

Un employé de commerce, aux habitudes régulières, avait installé pendant l'été sa femme un peu souffrante et ses deux enfants, dans une petite maison de campagne aux environs de Paris. Après sa journée de travail, il prenait le chemin de fer, et rentrait heureux. Le matin il revenait à Paris pour sa besogne accoutumée.

Un jour il se laisse séduire par le marchand de vin dont la boutique est en face de sa maison. On lui vante les qualités d'un vin blanc qu'on l'invite à goûter. Il est à jeun, il prend un verre de ce vin, et cédant aux sollicitations pressantes il en accepte un second, et rentre chez lui. Il s'arrête au rez-de-chaussée : il est debout, immobile dans la salle à manger ; un garçon boulanger apporte le pain du déjeuner ; il lui parle, n'obtient pas de réponse ; il lui trouve un air si égaré, si étrange, qu'il a peur et se retire en toute hâte. Le buveur monte d'un pas lourd l'escalier qui conduit à la chambre où la femme et les enfants sont encore couchés. Il ne sait plus ce qu'il fait, il n'a conscience de rien, et n'a gardé souvenir de rien. Sa femme nous raconte qu'elle lui a parlé, qu'il ne lui a pas répondu; qu'il s'est dirigé vers l'armoire à glace, l'a ouverte et a pris son revolver. A ce moment, le petit garçon, âgé de cinq ans, vient en sautant jusqu'à lui et lui tend les bras. Il lui fracasse la tête d'un coup de revolver. La mère pousse un cri terrible, s'élance hors du lit, va se jeter sur lui quand

elle est renversée par un cou de feu qui l'atteint au bras gauche, la balle se loge dans l'humérus. L'homme, égaré, redescend et s'affaisse sur un siège. La femme s'est relevée, elle ouvre péniblement la fenêtre ; elle peut appeler au secours. On accourt, on monte auprès d'elle, elle montre le petit cadavre, son bras ensanglanté et elle dit ce qui vient de se passer.

Les voisins trouvent le mari hébété, stupide, muet. Peu à peu le réveil arrive ; au moment où on vient l'arrêter, le buveur d'aventure apprend ce qu'il a fait, et cherche à se suicider. Le magistrat chargé de l'instruction nous commet aux fins d'examen de l'état mental. Il n'y a pas trace de délire, mais il n'y a pas non plus de souvenir de la scène du meurtre. C'est la femme, la blessée, qui nous donne les détails. Nous faisons saisir 2 litres du vin blanc que X... a bu le matin ; M. Laborde, avec une grande obligeance, veut bien faire analyser ce vin, et on trouve de l'aldéhyde pyromucique, du furfurol. La crise épileptoïde a été provoquée par l'agent toxique. Je ne nie pas que le buveur ait été un névropathe dont les centres nerveux ont pu d'autant plus facilement être touchés qu'ils étaient moins résistants, mais deux verres de vin blanc n'ont jamais constitué une débauche, et il ne devrait pas être possible de se trouver, absolument à son insu, exposé à un pareil empoisonnement.

En voici un autre, qui presque aussi subitement est arrivé à la fureur alcoolique. C'est un ouvrier italien qui toute la journée a travaillé sous l'air comprimé, au pont d'Austerlitz. Le soir, il est avec ses camarades, chez un de leurs compatriotes, place de la Nation. On boit beaucoup de vin blanc. X..., très ivre, va rentrer chez lui. Il descend le boulevard Diderot et vient se heurter à une table, sur le trottoir en face de la boutique d'un marchand de vins. Trois consommateurs sont assis à cette table; ont-ils fait à X... une observation ? On n'a pu l'établir ; ce qui est certain, c'est que X... se précipite sur eux, une rixe s'engage, d'autres consommateurs interviennent et X... se trouve en présence de six individus qui cherchent à le contenir. Il sort de sa poche un couteau-poignard, il frappe au hasard. Il blesse trois personnes, l'une d'elles assez grièvement pour que la blessure en pleine poitrine ait déterminé la mort dans les trois jours. On ne peut le mettre hors de combat qu'en lui assénant par derrière, sur la tête, un coup de l'une de ces épaisses carafes qui font une massue. Il tombe, on le lie et on l'emmène au poste où il s'endort profondément ; au réveil, il n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé.

Quoi de plus émouvant que ce drame, dont M. le professeur Brouardel et moi nous avons gardé l'inoubliable souvenir ?

A la Morgue, sur la table d'autopsie, trois cadavres, celui d'une femme, jeune encore, ceux de deux enfants. La femme a trois balles de revolver dans la tête, deux dans la poitrine : les enfants ont une large plaie béante à la région antérieure du cou.

Debout, à côté de la table, le meurtrier, impassible, regardant d'un œil hébété son œuvre, cette horrible exhibition.

Depuis plusieurs jours, cet homme, un buveur d'absinthe, était poursuivi chez lui, dans la rue, par des hallucinations de l'ouïe : On l'appelait « lâche, misérable, pédéraste ». Le soir, il s'était couché dans un état d'agitation inquiète. Ne pouvant dormir, il s'était levé, et, pour la première fois se manifestèrent des hallucinations visuelles. Il aperçut au fond de la chambre, à la lueur d'une veilleuse, des ombres qui glissaient ; il s'élança vers elles, tout disparut ; il revient, derrière lui une voix, qu'il croit reconnaître, celle de sa sœur, lui chuchote : « Tue-la, elle ne t'aime pas ». Il s'enfuit sur le balcon de son appartement, une voiture s'arrête, dans la rue, à la maison en face de la sienne. Deux hommes descendent, il les entend dire : « Le voilà, le lâche ; qu'il descende, nous allons lui faire son affaire. » Il rentre dans sa chambre et prend son revolver. Les voix deviennent pressantes, impérieuses, on lui dit : « Tue-la, tue-la, tu te tueras après. » Il résiste encore à cet ordre, et deux fois il applique sur son front le canon du revolver ; les voix redisent : « Tu te tueras après. » A ce moment, sa femme lui parle et le prie de donner à boire à un petit enfant de trois mois, qui seul échappera au massacre, sans qu'on sache pourquoi. Il a quelques minutes de répit, et après avoir soigné l'enfant, il se recouche, ayant son revolver sous son oreiller. Le sommeil le fuit, les hallucinations redoublent ; il voit au plafond la tête de sa sœur, il entend sa voix qui lui crie : « Tue-la ! ». Il prend le revolver, il tire sur sa femme qu'il n'a pas dû atteindre du premier coup, car elle a été frappée assise dans son lit, à la poitrine, les autres balles l'ont atteinte à la tête. Il n'a plus de balles pour lui, il retourne sur le balcon, il fait jour ; il appelle la domestique qui sans ouvrir sa porte lui répond qu'il est trop tôt pour habiller les enfants. A six heures et demie, cette fille entre dans la chambre ; elle trouve X... dans un état d'égarement complet. Elle va dans la chambre des enfants, ils sont vivants, ils dorment tous les deux. En revenant vers le lit de sa maitresse, elle aperçoit du sang, s'approche, sa maîtresse est morte : terrifiée, elle s'enfuit, descend chez le concierge demander du secours. Cela n'a pas duré dix minutes ; quand elle revient, les deux enfants ont le cou tranché, le couteau sanglant est auprès de leurs berceaux. C'est plus de huit jours après son arrestation que X... a pu nous donner ces détails. Il a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu, et il a été placé dans un asile d'aliénés, où il est resté deux ans. Il est libre aujourd'hui.

GUÉRISON DE DEUX CAS DE CANCER

par la Sérothérapie

La méthode nouvelle de la sérothérapie devient l'objet d'une intéressante communication à l'Académie des Sciences, de la part de MM. Richet et Héricourt, qui font remarquer que cette méthode peut s'appliquer non seulemeut aux maladies dont le microbe est connu, mais encore à des affections dont on n'a pas encore découvert le microbe, comme le cancer, par exemple.

MM. Richet et Héricourt ont utilisé un ostéosarcome de la jambe : cette tumeur fut broyée, puis additionnée d'un peu d'eau. Le liquide, filtré sur toile, fut injecté à un âne et à deux chiens, Cette injection ne fut suivie d'aucune réaction, et cinq, sept et quinze jours après, le sang de ces animaux fut pris pour en recueillir le sérum, lequel a servi à pratiquer des injections chez deux malades. Voici le résultat de cette thérapeutique nouvelle :

Dans le premier cas, dû à M. Terrier, il s'agissait d'une femme qui avait été opérée en octobre 1894 d'une tumeur qui présentait l'aspect d'un fibro-sarcome du volume d'une orange, datant de huit mois, adhérente aux sixième, septième et huitième côtes, sans envahissement des téguments. En février 1895, la tumeur rédicivée offrait le volume d'une noisette, et un mois plus tard celui d'une petite orange. Le traitement sérothérapique fut commencé le 12 mars ; les injections, faites autour de la tumeur dans le tissu cellulaire, à la dose de 3 c.c. de sérum, furent continuées pendant quarante jours, ce qui représente une dose totale de 120 c.c. de sérum. A partir du 25 mars, la tumeur commença à diminuer manifestement, et cette diminution s'accentua de plus en plus. Actuellement. on ne trouve plus à sa place qu'une plaque d'induration, dont les contours sont difficiles à délimiter et dont le volume, dans son ensemble, n'atteint pas le tiers du volume de la tumeur primitive. De plus, l'état général s'est sensiblement amélioré et la malade a engraissé d'une façon appréciable.

En résumé, une tumeur de nature certainement cancéreuse (puisqu'elle a récidivé sur la cicatrice), a non seulement été améliorée, mais *guérie* par les injections de sérum alors que tout traitement autre que l'ablation par l'instrument tranchant eût été, en parfaite certitude, absolument impuissant.

La seconde observation, quoique curieuse, est moins probante, elle est due à M. Reclus ; c'est celle d'un individu de quarante-quatre ans, entré à la Pitié le 27 mars dernier pour une tumeur de la région épigastrique inférieure, du volume d'une grosse orange, diagnostiquée cancer de l'estomac. Toute intervention chirurgicale ayant été considérée comme probablement inefficace, le traitement sérothérapique fut décidé et commencé le 6 avril par nne première injection de 4 c.c. de sérum. De cette date au 24 du même mois, on injecta la dose relativement considérable de 64 c.c. Une amélioration dans l'état général survint promptement. Le poids du malade qui, le 10 avrll, était de 57 kilogrammes, était le 16 de 58 et le 23 de 60 kilogrammes. Dès le 10 avril également, la tumeur avait diminué de volume, et cette diminution s'accentuait assez rapidement pour que le 20 du même mois elle ne fût plus sentie comme tumeur isolée, saillante. La palpation de la région épigastrique ne donnait plus que

la sensation d'un plan résistant, d'une sorte d'empâtement profond, très vague, difficile à limiter.

Dans ce second cas comme dans le premier, l'amélioration a donc été rapide, éclatante et incontestable. Tout au plus pourrions-nous demander — par un excès de prudence — s'il n'y a pas eu là, en raison de ce succès extraordinaire, une erreur de diagnostic.

Toutefois, l'observation de M. Terrier n'en persisterait pas moins dans toute sa force : il demeure acquis, d'après les auteurs, que le sérum anticancéreux a guéri un cas de cancer.

(Union médicale).

ACIDE SALICYLIQUE ET SALICYLATE DE SOUDE

(Suite et fin).

III

Indications comme cholagogue. — L'étude du salicylate comme cholagogue a été faite surtout par Blanchier, Lewascheff, Rutherford, Prévost et Binet. C'est Rutherford qui établit le premier que le salicylate de soude est un stimulant puissant du foie. Lewascheff a fait les premières expériences physiologiques. Il a administré à des chiens du salicylate enfermé dans des capsules gélatineuses. Avec 4 grammes on observe d'abord un écoulement abondant de salive, puis la bile diminue de consistance par suite de l'augmentation de la quantité d'eau qui y est contenue. Vingt-quatre heures après l'administration du salicylate, on trouve dans la bile 2 0/0 d'éléments solides, la proportion de ces éléments ne s'abaissant jamais, chez les animaux non médicamentés, au-dessous de 6 0/0. A la dose de 2 grammes, les effets sont les mêmes mais se prolongent moins longtemps. En administrant le sel en solution, Lewascheff a obtenu les mêmes modifications de la bile que lorsqu'il le donnait à l'état solide. Cependant la consistance de la bile diminue plus vite et cette diminution atteint plus rapidement son acmé ! Du reste, cette accélération d'action ne s'observe que pour les faibles doses.

Avec des quantités de 1 à 2 grammes, Lewascheff a constaté qu'il se produit une augmentation de la sécrétion déjà manifeste au bout de 30 à 45 minutes et atteignait son maximum au bout de 2 à 3 heures. D'après Rosenberg, la bile commencerait à reprendre sa consistance quatre heures après le commencement de l'action du salicylate.

Prévost et Binet ont constamment vu le salicylate de soude augmenter la sécrétion biliaire. Chez un des animaux mis en expérience, l'ingestion stomacale de 3 à 4 grammes doublerait en dix minutes la quantité de bile ; l'injection hypodermique de 20 et 50 centigrammes a augmenté cette quantité d'un tiers. Lorsque l'on donne des doses fortes, le sel apparaît dans la bile au bout de dix à trente minutes.

Il ne faut pas oublier que le médicament est repris par le foie après avoir été versé avec la bile à la surface de l'intestin (G. Sée). Le salicylate de soude ne pourrait avoir une action complète que si on lui associe des purgatifs légers stimulant l'action péristallique de l'intestin (G. Sée). Lorsque les côlons sont évacués le salicylate seul suffit parfaitement.

Dans la lithiase biliaire, Frisover [1] donne le salicylate de soude, trois fois par jour, à la dose de 0,60 dans l'intervalle des coliques. Pour lui, le salicylate, comme le salol du reste, empèche la formation des nouveaux calculs et émiette petit à petit ceux qui sont déjà formés. Steller a aussi préconisé le salicylate de soude dans les coliques hépatiques.

Dujardin-Beaumetz, dans la lithiase, permet à la fin du repas une cuillerée à dessert de la solution suivante :

Eau. . . . . 250 gr.
Salicylate de soude. . . . . . . 15 —

On peut aussi administrer le médicament en lavement à la dose de 6 grammes.

IV

Actions dans la diabète. — Dans le diabète le salicylate de soude agit comme alcalin (Lécorché) bien qu'il ait été préconisé comme antizymotique par Ebstein. En Allemagne il a été préconisé par Muller, Ryba, Furbringer, etc. Kamen le regarde comme très utile surtout contre la dénutrition qu'il enrayerait, même quand la glycosurie n'est pas modifiée. D'autres auteurs ont insisté sur la diminution de la glycosurie, de la polyurie, etc. Freichs n'a obtenu avec le salicylate que des résultats négatifs. Lécorché [2] et Dreyfus-Brisac [3] ne regardent le médicament comme indiqué que chez les diabétiques uricémiques. Il suffit (Haiz, Cruppi) de donner des doses moyennes, 3 à 4 grammes et même moins. Si le diabète s'accompagne d'accidents névralgiques, le salicylate pourra exercer une action analgésique.

Disons en passant que, d'après Pollatschete, l'urine des personnes qui prennent du salicylate de soude réduit la liqueur de Fehling et ce pouvoir réducteur pourrait encore exister soixante heures après l'administration du médicament.

V

Indications tirées de l'action analgésique. — Le salicylate de soude réussit parfois à calmer les douleurs dans les névralgies. Steller l'a vu réussir dans des cas de sciatique, dans des paralysies faciales récentes. Le médicament calme dans certains cas les douleurs fulgurantes des diabétiques, mais il faut alors le donner à des doses élevées.

T. Little [4] a recommandé le salicylate de soude dans la migraine;

(1) *Med. Obozr.*, XXXV, 1892, No. 1, p. 56-57.
(2) *Traitement du diabèts sucré*, p. 73.
(3) *Thérapeutique du diabète sucré*, 1894, p. 71.
(4) *Sem. méd.* 1888, p. 343.

il prescrit simultanément 1 gr. 25 de salicylate et une cuillerée à dessert de citrate de caféine dans un verre d'eau que l'on doit prendre le matin. On peut répéter la dose au bout de deux heures. Les effets du médicament dans la migraine sont inconstants.

Labbée (1) a vu le salicylate de soude donné à l'intérieur (4 gr. par 24 heures) faire disparaître rapidement les douleurs de l'entorse.

VI

Emplois divers. — Dresch (2) traite la chorée par le salicylate de soude et prétend avoir obtenu de meilleurs résultats qu'avec tous les traitements classiques ; il recommande de donner le médicament à doses fractionnées, dans de l'eau alcalinisée, pendant huit à dix jours.

Cependant, d'après G. Sée, le salicylate n'a pas d'action sur la chorée.

Randull (3) a publié l'observation d'un cas de polyurie guéri par le salicylate de soude ; il y avait 9 litres 1/2 d'urine en 24 heures. Après l'échec de différents médicaments, 50 centigr. de salicylate en 24 heures produisirent une amélioration rapide. Le malade guérit.

Dans l'amygdalite, West (4) a conseillé la formule suivante :

Acide salicylique.	8 gr.
Bicarbonate de soude	5 —
Glycérine	10 —
Eau de menthe poivrée.	90 —

A prendre une cuillerée à bouche toutes les trois ou quatre heures.

La médication salicylée continuée assez longtemps peut donner de bons effets dans la dysménorrhée et l'aménorrhée (Wolker).

Dans le rhume de cerveau rebelle, on a conseillé de prenére, par cuillerées à dessert toutes les trois ou quatre heures, la solutian suivante :

Salicylate de soude	àà 15 gr.
Sirop d'écorce d'oranges	
Eau de menthe poivrée	90 —

VII

Accidents causés par l'acide salicylique et les salicylates.— Nous n'avons pas l'intention d'insister ici sur la plupart des accidents que l'on observe après l'administration du salicylate, et qui sont bien connus.

Nous rappellerons que Lépine (5) a vu le salicylate, administré dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, entraîner de l'ictère. Pour lui aussi, le salicylate, de même que le sulfate de quinine, pourrait exacerber la fièvre.

Gibson et Felkim ont vu le salicylate de soude produire du myosis; le mydriase, l'amblyopie sont bien plus fréquentes. Schow a vu se produire des hémorrhagies des gencives sous l'influence de doses de 4 à 8 grammes.

(1) *Soc. théraj*. 8 Juin 1892.
(2) *Bull. de thérap.* 1890, I, N. 337.
(3) *Med. New*, 7 Avril 1888.
(4) *The med. Age*, N. 21, p. 492, 1889.
(5) *Sem. méd.*, 1892, p. 21.

Ses effets abortifs, métrorrhagiques, sont bien connus.

Wacker (1) a vu, chez six femmes en couches, une dose quotidienne de 6 gr. de salicylate de soude déterminer des métrorrhagies assez graves, des pertes déjà existantes. Administré chez cinq femmes dysménorrhéique peu de temps après une époque mentruelle, pour calmer les douleurs, il a provoqué le retour des règles sans faire cesser les souffrances.

L'acide salicylique a sur l'utérus une action qui a été constatée par beaucoup d'auteurs (2).

Binz (3) a fait des expériences sur des femelles gravides de lapins ; dans un tiers des cas, l'acide salicylique a fait avorter les animaux, mais il faut noter que les animaux étaient exposés à de grands froids. Pour Binz, on ne doit donner le salicylate de soude qu'avec de grandes précautions aux femmes prédisposées aux avortements et aux fausses couches, comme lorsqu'il existe une tendance aux métrorrhagies.

Linhardt (4) a vu les règles devenir propres et douloureuses chez une femme rhumatisante chaque fois qu'elle prenait du salicylate. L'association au seigle ergoté supprimait cet inconvénient du médicament.

F. Schilling (5) a constaté, de son côté, que l'on pouvait faire venir les phénomènes fâcheux causés par l'administration des salicylates en administrant en même temps l'ergot de seigle. Il s'est servi avec succès du salicylate de soude (4 à 100 d'eau) dans un cas grave d'ergotisme.

D'après Van den Corput (6) la puissance virile diminue chez les malades qui prennent de l'acide salicylique, les spermatozoïdes sont immobiles sous le microscope.

Le salicylate de soude est formellement contre-indiqué dans toutes les néphrites.

VIII

Certains points de la pharmacologie du salicylate de soude sont à retenir

Charteriv et Maclennon (7) ont comparé les effets pharmacologiques de l'acide salicylique naturel et de l'acide artificiel. L'acide salicylique obtenu par oxydation de la salicine et de l'essence de Wintergreen ne produit pas d'action nuisible chez le lapin à la dose de 0 gr. 6 ; de même le salicylate de soude préparé avec l'acide salicylique naturel donné au lapin à la dose de 1 gr. 92 ne produit qu'un peu de prostration et un abaissement de la température.

A la dose de 0,6 l'acide salicylique artificiel produit la paralysie des extenseurs suivie de convulsion et de mort. Le salicylate de soude fabriqué

(1) *Centralb. für Gynaekol.*, 1889, q. 39.
(2) Balette. *Th. de Paris*, 1883. — Furbringer. *Zur wirkungeweise der Salicylsaure*, Iéna, 1895, p. 33, etc.
(3) *Berlin, Klin. Woch.*, 1893, N. 41, p. 985.
(4) *Wiener med. Press*, 1889, p. 49.
(5) *Ph. Centr.*, 1893, p. 614.
(6) *Centralb. für klin. Med.*, 1890, N. 13.
(7) *Gtaccow med. Joaonal*, Décembre 1889, et *Revue hebd, de thérap.*, 1890, p. 276.

avec l'acide artificiel a causé la mort des animaux à la dose de 1 gr. 08 ; à la dose de 0,24, il se produisait une parésie de l'arrière-train ; a la dose de 0,48, des mouvements de manège ; a la dose de 0,72, une paralysie complète des membres postérieurs et une prostration qui s'accentuait ; à la dose de 1 gr. 08, une paralysie complète de tous les membres, avec porte complète du sens musculaire, puis l'animal succombait. L'acine salycilique artificiel et le sel du soude qui en dérive sont donc des produits dangereux, mortels à hautes doses. Les propriétés délétères de l'acide salycilique artificiel tiendraient à l'impureté du produit dont on a pu isoler un poison de nature mal connue.

Il est probable que, dane des cas où les salycilate ont produits des accidents graves hors de proportion avec la dose administrée, il s'agissait parfois de sels préparés artificiellement.

Il faut diluer le salycilate de soude dans une grande quantité de liquide et fractionner les doses. Enfin il est utile, si l'on doit donner longtemps le médicament, de l'administrer aux repas, s'il ne trouble pas la digestion.

Cependant, d'après Otto Mastboum ([1]), les dissolvants alcooliques n'activent pas la résorption du salycilate de roude et les pains axymes ne l'entravent pas ; l'alcool en solution concentrée la ralentit et elle se fait beaucoup moins bien après le repas qu'à jeûn.

Rappelons qu'une partie d'acide salycilique exige 4 à 7 parties d'alcool à 80^0 pour se dissoudre (Immendorffer).

On ne peut mélanger dans un cachet l'antipyrine et la poudre de salicylate de soude (Prudhomme, Vigier), car il se forme assez rapidement un corps huileux et la décomposition marche très vite. En solution il est possible de mélanger les deux corps.

L'acide salicylique est soluble dans 500 parties d'eau. Il est possible d'augmenter beaucoup la solution en l'associant à l'acide borique. Carcarro et Césaris ont proposé la formule suivante :

Acide borique. . . .	12	parties.
Acide salicylique. . .	2	—
Eau	1000	—

La solution se fait rapidement à chaud et ne précipite pas par le refroidissement.

Paul CHÉRON.

(1) *Schmidt's Jahrbuch*, 1890, B. 225, H. 2, p. 129.

دوژاردن بومج حصات‌كبد ايچون ختام طعامده بر طاتلی قاشقی جرع آتيدن استعمال ايتمكه مساعده ايديور:

صو	٢٥٠ غرام
صفصافيت سود	١٥ غرام

دوای مذكور التی غرام مقدارنده بر تنقيه سورتنده‌ده قابل استعمالدر .

٤

تبول سكرده‌كی فعلی — صفصافيت سود (ابستن) طرفدن كرچه مضاد اختمار كبی ... اولنمش ايسه‌ده تبول سكريده (قلوی) كبی عاملدر [لوقورشه]. بو دوا المانيه‌ده (موللر)، (ريبا)، (فوربرينغر) طرفلرندنده توصيه اولنمشدر. (قامن) بوكا بالخاصه عدم اغتداده پك نافع كبی نظر ايدوب تبول سكر تعديل ايديله‌مديكی خصوصده بيله ضياع بدنی نوقيف ايتمكله متصف عد ايدر.

(مابعدی وار)

حذاق اطبای عثمانيه‌دن مكتب طبيه‌ده امراض عموميه معلم ثانيسی قائممقام عزتلو فائق بك افندی بو كره بربرينی متعاقب وكتبخانهٔ عثمانيمزه برر يادكار بهترين عد اولنمغه بحق شايسته بر قاچ آثار فنيه‌نك اكمال طبعنه موفق اولمشلردر. تلاميذ طبك شمدی‌يه دكين شدتله محتاج بولنديغی بو آثارك هر برلری بو صوك عصرك بدايع ترقيه‌سنی تمامها محتوی اولمق اوزره مكمليت مطبوعه‌يی كلياً حائز اولدقدنماعدا شيوهٔ تحريرينك سلاست ولطافتی جهتيله‌ده نصابدار رحجانيت اولمغله مومی‌اليه فائق بك افندی‌يی موفقيت واقعه‌لرندن طولايی تبريك ايتمكی وظيفهٔ قدرشناسيدن عد ايدر وعموم مسلكداشانمزه آثار مهمهٔ مذكوره‌دن برر دانه ايدنملرينی توصيه ايدرز .

شمديكی حالده هر بر كتبخانه‌ده فروحت ايلمكده اولنلری شونلردر :

امراض عموميه (مونياق) — حشرات‌الاموات ( )
امراض عموميه (هاللوپو) — طب قانونی (طبعی) دردستدر
قرع واصغا (قوافيه)

اولمشدر مومی‌الیه کلبلره ژه‌لاتینی قاپسوللر درونده قبالی، صفصافیت‌دن اعطا ایلمشدر یالکز درت غرامده فوق‌العاده مبذول بر سیلان لعابی مشاهده اولنوب موأخراً صو قسمنك تزایدی سببندن صفرانك قوام وصلابتنك تناقصی وقوعه کلور . صفصافیتك اعطاسندن ٢٤ ساعت صکره درون صفره‌ده‌کی عناصر صلبه یوزده ایکی نسبتنده بولنوب عناصر مذکوره‌نك شو نسبتی قطعا تنزل ایتمز . حالبوکه دوا ویرلمیان حیواناتده بو نسبت یوزده التیدر .

ایکی غرام مقدارنده‌کی آثار اولکنك عینی ایسه‌ده شو قدرکه مدت دوامیه‌سی قلیلدر. (لواسکف) ملح مذبوری محلول حالنده اعطا ایتمش وصلب حالنده ایکن صفراده حصوله کلان عینی تعدیلاتی بوراده‌ده کورمشدر. مع‌مافیه صلابت صفرا سریعاً تناقص ایدوب وتناقص مذکور حدالغایه‌سنه پك تیز واصل اولور . بوندنبشقه اشبو اشتداد فعل انجق مقادیر جزئیه‌ده رونمون اولور . ١ : ٢ غرام مقدارلرنده انفراز صفرانك ٣٠ . ٤٥ دقیقه ظرفنده پك اشکار بر تدایدینی وخصوصیله ایکی اوچ ساعت بو تدایدك حدالغایه‌سی بولدیغنی (لواسکف) اثبات ایلمشدر. (روزنبرغه) نظراً صفرانك صلابت طبیعیه‌سنی اخذه بدأ ایتمه‌سی انجق صفصافیتك ابتدای فعلندن درت ساعت صکره واقع اولورمش .

صفصافیت سودك انفراز صفراىی تزید ایلدیکنی (پره‌ووست) مشاهده ایتمشلردر. تحت تجربه‌یه آلنان حیوانلرك برنده ٣ : ٤ غرام دوانك هضمی اون دقیقه ظرفنده مقدار صفراىی اضعاف ایتمشدر. (٢٠) (٢٥) سانتغرامنك تحت‌الجلد ذرقی ایسه مقدار مذبوری بر ثلث کره تزید ایلر. اکر مقادیر کلیه‌ده اعطا قلنورسه ملح مذبور اون‌ایله اوتوز دقیقه ظرفنده درون صفراده نمایان اولور مع‌مافیه دوای مذکور ایله برابر سطح معایه دوکیلدکدنصکره بتکرار کبد طرفندن استرداد اولندیغنی فراموش ایتمامیلدر. (ژرمن‌سه) صفصافیت سود معانك حرکت مستدیره‌سنی ایقاظ ایده‌جك بعض مسهلات حقیقه اشتراك ایتدیرلمدکجه تماماً بر فعل اجرا ایده‌مز (ژرمن‌سه) قولونلر تماماً تخلیه اولندیغی زمان صفصافیت یالکزجه ایفای فعله کفایت کوسترر.

(فریزوور) حصیات صفراویه‌ده کونده اوچ دفعه اولمق وقولنجلر اراسنده ویرلمك شرطیله (٦٠) سانتغرام مقدارنده صفصافیت سود اعطا ایدر.

مومی‌الیهه نظراً صفصافیت کویا سالول کبی حصیات جدیده‌نك تشکلنی منع واولجه تشکل ایتمشلریده اجزای صغیره‌یه تقسیم ایدرمش . صفصافیت سودی قولنج کبدیده (سته‌للر) دخی توصیه ایتمشدر .

كرچه براز جالب مراق اولمغله برابر دها از مأمول‌به اولان مشاهدهٔ ثانيه‌ده موسيو (رقلوسی) دن مرويدر . مشاهدهٔ مذكوره‌نك موقوف عليهی اولان ذات ٤٤ ياشنده اولوب ناحيهٔ شرسوفيهٔ سفلاسنده كيرجه بر پورتقال حجمنده وسرطان معده تشخيص اولنان بر ورم سببنه (٢٧) مارتده (پيتيه) خسته‌خانه‌سنه داخل اولمشدر. بالجمله مداخلات جراحيه‌نك غيرمؤثر قاله‌جغی احتمالنه بناً تداویٔ بالمصل اجراسی قرارکير اولمش وبوكا (٦) نيسانده وايلك دفعه (٤) سانتمره مكعب مصل شرينغه‌سنه باشلانمشدر. اشبو تاريخدن عينی ماهك ٢٤ينه قدر بالنسبه عظيم بر مقدار [٦٤ سانتمره مكعب] مصل شرينغه ايدلدی. اشته بو ارالق حالت عموميه‌ده بر صلاح سريع رونما اولدی مريضك ثقلت بدنی (١٠) نيسانده (٥٧) كيلوغرام ايكن (١٦)ده (٥٨) و(٢٣) نيسانده (٦٠) كيلوغرامی بولدی. ينه (١٠) نيساندن اعتباراً ورمك حجمی تناقصه ابتدار واشبو تناقص اولقدر سرعتله تزايدا يلمشديكه عينی ماهك يكرميسنده متبارز منفرد بر ورم كبی جس اولنمز اولدی. ناحيهٔ شرسوفيه جس اولندقده، تحديدی كوچ، غايت مبهم وبر نوع تعجن عميق‌دن عبارت بر سطح مقاوم حسندن بشقه بر شی اكلاشيلمزدی .

اشبو وقعهٔ ثانيه‌ده صلاح طبقی اولكی كبی پك سريع ، واصف و غيرقابل عتراض بر صورتده نمايان اولمشدی .

بزه قالورسه بويله بر موفقيتك خارق‌العاده‌لكی كوز اوكنده طوريوكن بو بابده سريعاً اعطای حكم ايتمكدن اجتناب ويالكز عجبا تشخيصده بر خطا وقوعه كلمشميدر سؤالنی ايراده محل كوريرز ؟

(اونيون مديقـان)

حامض صفصـاف و صفصافيت سود

— مابعد —

٣

مفرغ صفرا مثللو استعمالی — صفصافيتك مفرغ صفرا كبی تأثيری حقنده اجرای مطالعه ايليـان بالخصه (بلانشيه)، (لواسكف)، (روترفور)، (پرووست)، (بينه) نامان ذواتدر فقط صفصافيت سودك قوی بر منبه كبد اولديغنی ايلك دفعه وضع موقع تدقيق ايليان (روترفور) در. بو بابده برنجی تجارب فسيولوژيه اجرا ايدن دخی (لواسكف)

ایکی عدد سرطان وقعه‌سنك تداوئ بالمصل اعانه‌سیله اشفاسی

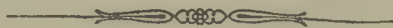
تداوئ بالمصل اصول جدیدی اخیراً (ریشه)ایله (هریقور) طرفندن انجمن علومه مهم بر تبلیغنامه تقدیمنی انتاج ایدوب مؤلفین مومی‌الیهم بو لایحه‌لرنده تداوئ بالصلك یالکنز میقروبی معلوم اولان امراضه دکل بو کونکی کونده بالفرض سرطان کبی هنوز میقروبی کشف اولنمامش آفاته‌ده قابل تطبیق اولدیغنی اشعار ایتمشلردر (ریشه وهریقور) ساقك برورم عظمئ عقلیسنی استعمال ایتمشلر وورم مذکوری‌اولجه پارچه‌لیوب موآخراً بر از صو علاوه ایلمشلردر. بو صورتله حصوله کلان مایع بر بزدن ترشیح اولندقدن صکره بر مرکب ایله ایکی کلبه شرینغه اولنمشدر. اشبو شرینغه هیچ بر عکس عمل انتاج ایتمامش وبش، یدی و نهـایت اونبش کون صکره حیوانات مذکوره‌نك دمندن مصلنی بالاستحصال ایکی نفر خسته اوزرنده تجربه اولنمشدرکه اشبو اصول مداوات جدیده‌نك واصل اولدیغی نتیجه بر وجه آتی بیان اولنور:

(شره‌بر)ه عائد اولان بر وقعه‌ده قادینك بری پورتقال حجمنده والتنجی، یدنجی سکزنجی اضلاعه ملتصق وفقط لحافاتی استیلا ایتمامش، لیفی عضلی بر منظره‌ده و سکنز ماهدنبرو دوام ایتمکده اولان بر ورمی حامل اولوب ١٨٩٤ تشرین اولنده‌ده اجرای عملیات ایدلمشدی. ١٨٩٥ کانون ثانیسی ورم بتکرار نکس ایدرك اولا بر فندق و بر ماه صکره‌ده کچوك بر پورتقال حجمنی اکتساب ایتمشدر. مارت ١٢ده تداوئ بالمصله ابتدار اولنمش ومحیط ورمده نسج حجروئ درونه ٣ سانتمتره مکعبنده اجرا اولنان شرینغه‌لره قرق کون مداومت اولنمشدرکه بو حالده شو قدر مدت ظرفنده اعطا قلنان مصلك مجموع مقداری ١٢٠ سانتمتره مکعبه بالغ اولمشدی. مارتك یکرمی بشنجی کوننددن اعتباراً ورم آشکار بر صورتده تنقیص حجمه ابتدار ایتمش وتناقص مذکور رفته رفته تزاید ایلمشدر شمدیکی حالده ایسه مذکور ورم محلنده محیطنك تعیینی متعسر و هیئت عمومیه‌سی اعتباریله حجمی ورم ابتدائ حجمنك ثلثه بالغ اوله‌میان بر لوحهٔ متصلبه‌دن بشقه بر شی قالمامشدر. بوندن‌ماعدا مریضك حالت عمومیه‌سی درجهٔ محسوسه‌ده کسب صلاح ایدوب و نظره چارپه‌جق قدر ثمن بیله پیدا ایتمشدر . خلاصهٔ کلام بلا شبهه سرطانی الطبع بر ورم (چونکه ندبه اوزرنده نکس ایتمشدر) یالکنز نائل صلاح اولمغله قالمیوب دیکر وسائط تداویه‌نك قطعیاً بی‌اثر قاله‌جغی ازادهٔ اشتباه ایکن ـــ مکرکه الت قاطعه ایله قلعیله ممکن اولسون ـــ مصل شرینغه‌لریله بسبتون التیامپزیر اولمشدر.

قاچار حالبوكه او ارالق سوقاقده و خانه‌سنك قارشوسنده‌كی خانه‌نك اوكنده بر ارابه توقف ایدر ودروننده اینن ایكی كشی‌نك بینلرنده جریان ایدن شو محاوره‌یی ایشیدیر: «اشته او مسكین الچق اشاغی اینیور بز شمدی اوكا كندی ایشنی یاپدیریرز.» بیچاره مجنون اوطه‌سنه كیروب رووولورینی آلور. صدالر دها مستعجل ودها مجبر اوله‌رق دیركه: «انی اولدیر انی اولدیر؛ كندینی صكره اولدیررسك» بوامره ینه مقاومت ایدر وروولورینك ناملوسنی ایكی دفعه النه طیار فقط صدالر دائما بونی تكرار ایدرلر: «كندینی صكره اولدیررسك». اشته تام بو زمانده زوجه‌سی هنوز بش ماهلق حامله اولوب قتلدن كیم بیلور نه صورتله رهیاب خلاص اولان بر نوزاده بر از صو ویرمسنی كندیسندن رجا ایلر. بر قاچ دقیقه استراحت ایله چوجغنه‌ده لازمكلان صویی ویردكدنصكره رووولورینی باش یصدیغی التنه اله‌رق بتكرار یتار اویقوسی قاچوب تخیلات سابقه تضاعف ایلر؛ متصل «انی اولدیر» لفظیله فریاد ایدن همشیره‌سنك باشنی طوانده كوریر.

درحال رووولورینی الوب زوجه‌سنك اوزرینه بوشالتور فقط ایلك ضربه‌ده اصابت ایتدیره‌مز زیرا قادین یتاقده اوطوردیغندن قورشون صدرینه تصادف ایلمش ودیكر قورشونلر رأسنه اصابت ایتمشلردی. ارتق سلاخده‌ده قورشون قالمدیغندن بالقون اوزرینه عودت ایدركه ارتق او زمان اورتالق تماماً آغیرمش ایدی. بونك اوزرینه خدمتجیسی چاغرمش ایسه‌ده مرقومه قپوسنی آچمقسزین چوجقلری كیدیرمك ایچون هنوز پك ایركن بولندیغی جوابنی ویروب چكیلمش. ساعت التی بچقده بو قز اوطه‌یه كیروب قاتل بی انصافی عمیق بر شاشقینلق حالنده بولور موأخراً چوجقلرك اوطه‌سنه كیرمش ایسه‌ده ایكیسیده بر حیات اوله‌رق خوابیده ایدیلر خانمك یتاغنه طوغری عودتنده دم اثاری كورنجه دها زیاده تقرب وبیچاره‌یی خون آلود بر جسد بیروح صورتنده كورنجه كمال خشیتدن بالفرار امداد طلب ایتمك اوزره قپوجینك یانه كیدر. اشته بونلرك جمله‌سی اون دقیقه امتداد ایتمشكن عودتنده چوجقلرك ایكیسنیده مقتولاً ومدمم بیچاغی بشیكلری یاننده كوریرلر. اشته قاتل (ل.) بو تفصیلاتی‌بزه زمان توقیفندن انجق سكز كون صكره اعطا ایده‌بیلمشدی كرچه مومی‌الیه برائت حكمنه نائل اولدیسه‌ده دارالشفالردن برینه قویولوب ایكی سنه مدت اوراده قالدی. بو كون ایسه سربستدر.

(مابعدی وار)



نزدینه کیدر واورادە حددن افزون بیاض شراب ایچیلور. غایت سرمست اولان مرقوم (ق.) خانەسنه عودت ایتمك اوزره قالقار و (دیدەرو) بولوارینه اینوب بر شراب بایعنك دكانی قارشوسنده قالدیرم اوزرنده بولنان بر ماصەیه چارپار. اشبو ماصەده ایچ مشتری اوطورییورمش عجبا بونلر مرقومه بر حركتدەمی بولندیلر كرچه بوراسی نامعلوم اولوب اصل محقق اولان بر جهت وارسه اوده شوكه مرقوم (ق.) درحال بونلرك اوزرینه اتیلەرق شدید بر مضاربەیه محل ویرر . اوراده موجود بولنان دیكر مشتریلرده ایشه مداخله ایتمكله (ق.) كندیسنی، ضبط ایتمك ایستیان التی كشی ارەسنده بولور ودرحال جبندن بر قما چیقارارق علی‌العمیا راست كلانه صاوورديغندن بو اثناده اوچ كشی‌یی جرح ایدركه بونلردن برینك جرحەسی غایت وخیم اولدیغندن اوچ كون ظرفنده وفاتنی مؤدی اولمشدر. اشته بو مجنون تهوری بو مقاتلەدن حسن صورتله آییرمق ممكن اولەمیەجغنی كورنلر نهایت ارقه طرفندن قفاسی اوزرینه غایت قالین سوراحیلردن بریله شدتله اورمغه مجبور اولورلر. مضروب درحال یره دوشمكله اللری باغلنەرق قرەغوله سوق اولنور اورایه وصولنده درین بر اویقویه طالار نومدن بیدار اولنجه كذران ایدن وقعەدن هیچ برینی خاطرلیەمز .

(برو آردل)ایله بن محرر عاجزك مأمور اولوب خاطرهٔ سوزناكنی الآن فراموش ایدەمدیكمز اتیدەكی فاجعهٔ دلسوز قدر مؤثر بر شی تصور اولنەمز .

(مورغده) فتح میت ماصەسی اوزرنده بر قادین ایله ایكی چوجقدن مركب اولەرق اوچ جسد بولنیوردی. قادینك بری رأسنده ودیكر ایكیسی صدرنده اولمق اوزره اوچ روولور قورشونی موجود اولوب چوجقلرك ایكیسیده ناحیهٔ قدامیهٔ عنقیەلرنده مفتوح بر جرحهٔ واسعه ابراز ایدیورلردی . اشبو ماصەنك بر طرفنده و ایاقده طوران قاتل بو منظرهٔ خونینه بلاتأثر و بر نظرهٔ بهت آلود ایله نكاه ایدیوردی. (آبسنت) مبتلاسی اولان بو ادم بر قاچ كوندنبرو كرك خانەسنده وكرك سوقاقده بر خیالات سمعیه ایله تعقیب اولنور یعنی قولاغنه «اچق، سفیل، محبوبپرست» خطابی واصل اولور ایمش . او اقشام بر حالت تملل وبیحضوری ایچنده یاتمش ایسەده اویویەمدیغندن بتكرار قالقمش وایللك دفعه اولمق اوزره تخیلات عینیه علائمی‌ده باش كوسترمشدر. شویلەكه اداره قندیلنك اشعهٔ متهززەسی اعانەسیله اوطەنك بر كوشەسنده اوتەیه برویه تزلق ایدن بر طاقم ظلل مشاهده ایدر درحال بونلرك اوزرینه هجوم ایدرسەده كافەسیده نهان اولور بتكرار محلنه عودت ایدر فقط ارقەسندن همشیرەسنك اولدیغنی فرق ایلدیكی بر صدا شو سوزلری فیسلدار: «انی اولدر، ارتق او سنی سومیور». بوندا اوزرینه قاتل دائرەسنك بالقونه

ذوجنده او وقته قدر كورمديكى بر حال عجب انكيزدن متحير قالەرق كنديسنه بعض سوزلر سويلەمش ايسەده مومىاليه هيچ برينه جواب ويرميەرك طوغرى جاملى طولابنه كيدر وروولورنى آلور. اشته تام بو اثناده بش ياشنده اولان اك كچوك چوجقى انواع العاب طفلانه ايله صيچيرايەرق يانىنه كلور وقوللرينى اوزاتور او مستخون تشنه بو يولده نوازشلرده بولنان جكرپارەسنك قفاسنى بر طبانجەده پارچەلار. او دقيقەيه قدر فراش اضطرابده حيرت واندیشه ايله بر قاندها متألم بولنان مادر پركدر ياوروسنك بيروح اولەرق يره سريلديكنى كورنجه جانخراش بر فرياد قوپارەرق ياتاغندن فرلايوب زوجينك اوزرينه آتيلەجقى صرەده طبانجەنك ايكنجى بر اتشيله او انده يره دوشمش و صول قولنه اصابت ايدن قورشون عظم عضد درونده قالمشدر. قاتل بىشعور ايسه شاشقين شاشقين اشاغه اينەرك بر طرفه چوكر. زواللى قادين تكرار قالقوب بيك مشكلات ايله پنجرەيى آچار واولانجه قوتيله فريادە باشلر. درحال امداده قوشوب قادينك نزدينه تقرب ايدنلره مينى مينى جسد ايله كندى ساعدخون آلودينى ارائه وجريان ايدن وقعەيى تمامها حكايه ايدر.

قومشولر زوج قاتلى مبهوت، ابكم، شاشقين بر حالده بولورلر. سراسمهٔ مستى بالاخره تدريجاً زائل اولمش وقاتل توقيف اولنەجغى دقيقەده بتون اعادهٔ ادراك ايله نه ياپديغنى اكلايجه اغلەمغه فرصت ارامشدر وقعەيى تحقيقه مأمور اولان هيئت مخصوصه جانينك حالت عقليەسنك معاينهٔ دقيقەسنى بزه حواله ايتمشدى. مومىاليهده هيچ بر هذيان اثرى بولەمدقسەده صحنهٔ جنايتده كذران ايدن احوالدن خبرى اولمديغىده ازادهٔ كمان ايدى قاتل بىاختيارك صباحلين ايچمش اولديغى بياض شرابدن ايكى ليترەسنى طوتديروب (لابورد)ه تحليل ايتديرديكمزده (Aldéhyde pyromucique, furfurole) بولنمشدر.

اشته مارالذكر بحران صرعوى مذكور عامل سمىدن نشأت ايلمشدر. كرچه جانينك بر علت عصبيه ايله معلول اولەبيلمسنى صورت قطعيەده انكار ايدەمز وچونكه مراكز عصبيەسنك قوهٔ مقاومەلرينك ضعفيتى سببنه درجهٔ تأثيرلرينك شدت وسرعتى دركار كوريلر ايسەده ايكى قدح بياض شرابكده بو يولده بر فضاحته وجود ويرەسى شمديه دكين قطعياً نامسبوق اولديقندنماعدا بويله بر تسمملەده كلياً كندى وقوفنك خارجنده اولەرق جنايته موضوع بولنمقلق مسئلەسنى مستحيل عد ايلرم.

تهور كئولنك اكسزين وقوعنه متدائر ديكر بر مثال دهاكه بوده بتون كوتى (اوستريليج) كوپريسنده بر هواى مضغوط تحتنده چالشمقله امرار ايدن ايتاليان عملەسنده واقع اولمشدر. بو ادم بر اقشام ارقداشلريله برابر (ناسيون) موقعنده بر همشهريسنك

خراب وكاهده بر فعل بطئيانه ايله موجب اكتراب اولورلر . اشته قواى عموميه‌نك شدتله تحت مسئوليه‌ته المسى لازمكلان جهات سالف‌الذكر تقليدلردر. كرچه مستانه‌لك اقدملريده بعضاً باعث انواع مشاتمات اولورديسه‌ده‌فقط اكثريا حفت،انبساط و نشاط‌ايله‌متصف بولنوردى حتى اسلافمز، نشئهٔ صهباايله پرشوق ونغمه‌ساز اولديقلرى حالده بوكون بو يوزدن وقوعه كلان معارضات، تهورات، تجاوزآت بى‌حد وشماردر . بو كون احوال عاديه صره‌سنه كچن معارضات‌خونين، قتال، تصاديات قتليه ايچون ايچيلان مشروباتك «سؤ كميت» ندن بشقه بر سبب تحريسينه حاجت يوقدر . كنديسيچون پك بيوك الام و اكداره سببيت ويرن اولادينك احوالى حقنده استمزاج ايلديكم بيچاره بر قادينك لسانندن صدور ايدن بر كلمه‌يى موضوع بحثه تماماً ماصدق بولدم زواللى ديديكى: «ايواه‌كه افندى الان ايچيور ويچدكجه چيلديريور ! هر نوقت پدرى براز زياده‌جه قاچيررسه جزئى انديشناك اولور ايسه‌ده بو حال فنالق درجه‌سنه وارمزدى حالبوكه اوغلى بنى پك خوفناك ايليور . » بو نوع جنحه وجناياتك اكثريسنده مشهودم اولديغى اوزره برطاقلركده تسمم ناكهظهور وتهورده قريب‌التعقيب اولديغندن عياش بر بحران صرعوينك صولت ناكهانيسيله بلااختيار بر وقعهٔ خونينه آتيلمش بولنور .

نته‌كيم، اعتياداتى منتظم تجارت مأمورلرندن برى براز مضطربه بولنان فاملياسيله ايكى اولادينى موسم صيفده پارس جوارلرنده‌كى كويلردن برنده كچوك بر خانه‌يه يرلشديرمشدى مشغوليت يوميه‌سنى اكمال ايتدكدنصكره شمندوفره بينه‌رك خانهٔ سعادتنه داخل اولور وفرداسى كنى بتكرار خدمت مودوعه‌سنه عودت ايلردى .

نصلسه بركون دكانى تماماً خانه‌سى قارشوسنده بولنان بر شراب تاجرينك تشويقات واغفالاتنه قاپيلور شويله‌كه: غايت فوق‌العاده‌لكله ثنا اولنان بر بياض شرابك چشنيسنه باقسى تكليف اولنور. مومى‌اليه مطالبهٔ واقعه‌نك ردينه بر لزوم كورمديكندن قارنى آچ اولديغى حالده مذكور شرابدن بر قدح قبول و مكرراً اولان اصرارلره مبنى بر ايكنجى دها ايچه‌رك خانه‌سنه كيرر. فقط خانه‌سنك آولوسنده (حوليسنده) توقف‌ايدوب يمك صالوننده بلاحركت اياقده قالور. او ارالق اقشام اكمكنى كيتران بر اكمكجى چراغى كنديسيله بعض مخاوراتده بولنورسه‌ده سوزلرينك هيچ بريسنه جواب اله‌مديقدنماعدا مومى‌اليهى غايت متضال وعجيب بر چهره ايله كورديكندن قورقه‌رق درحال چكيلوب كيدر. بيچاره سرخوش اولاد وعيالنك هنوز ياتمقده اولدقلرى اوطه‌يه موصل اولان نردبانى آغر آغر چيقار. ارتق بوندن اوته‌يه نه ياپديغنى بيله‌ميوب حتى هيچ برينى‌ده حافظه‌سنده ضبط ايده‌مديكندن ؛ بونلرى بزه فاملياسى حكايه ايتمشدر : زواللى قادين

	عدد اشخاص	اعداد غیر معتدله‌سی	یوز نسبت ایچون
سرقت، یتاقلق. امنیتی سوء استعمال، طولاندیریجلق، یان کسیجیلك، سرقت بالاحتیال، قطع طریق، کذب (ساخته‌کار-لق)، تهدیدله پاره قاپمه، جبراً امضالتمه	١٠٨٩٨	١٠٣٤٦	٧٠
ضرب و جرح اختیاریه، تدبیرسزلکله قتل الانسان، خسارات، عصیان، جبر مشاتمه و مضاربه، سلاحله هجوم، حجز	٤١٥	٣٦٦	٨٨٠٢
هتك عرض، تصدیٔ عرض، تعدیٔ عرض، اداب عمومیه‌یه منافی حرکت، سرقت صبی، صبیلری سفاهت وفحا-شته سوق، سقطه، ذات‌الزوجینلکه سببیت	٣٠٨	١٦٥	٥٢٠٦
منفادن فرار، تسئل، سرسریلك	٢٧٢	٢١٦	٧٩٠٤
قتل، اعدام، تشبثات قتلیه، قتل‌الابوین قتل‌الانسان اختیاری	١٥	٨	٣٥٠٣
بالاختیار حریق	١٤	٨	٣٧٠١

بو جدولده‌کی قدر معتمد ومضبوط ارقام تصور ایده‌میورم -تی اون‌التیدن یکرمی یاشنه قدر اولان کهولك موقوف بولندقلری بر حبسخانه‌ده مقدار آنفك وثوقنی تفتیش ایتدم. بو کنج موقوفینك اصلا شراب ایچمیوب بو کون فوق‌العاده طانیلان و فقط حالا اترات سمیه‌لردن تعریه ایدیلمدیکدنماعدا لذتلریده بر قاچ کون اول (روشار)ك بیان ایتدیکی وجهله سمی و (bouquets) نامیله بنام بر طاقم مستحضرات کیمیویه ایله مستور اسپرتولوله معمول مختلف‌الاسما (لیکورلر)ی ترجیح ایتدیکلرینی اوکرندم. اوت افندیلر اشته بو نوع مشروبات هر طرفده هربار انواع تسمیات ظهوره کتیریورلر اسملری بیله تعداد اولنه‌میه‌جق قدر کثیر اولان او آبسنتلر، بیترلر، آمرلر کندیلریله برابر ادارهٔ بدنه ادخال ایلدیکلری (اترات) سمیه ایله کاه بر تأثیر صاعقه‌وی ایله بادیٔ

داءالكئول — و تدبير واقيه‌سی

داءالكئول كرك ممالك عثمانيه وكرك عموم اوروپاده مدنيتله همپا اوله‌رق سير ايدن وجمعيت بشريه ايچون پك مؤلم ووخيم عواقبله متصف اولان بر مرضدر .

ذاتاً شمدی‌يه قدر همان جميع محافل فنيه‌ده دور ودورانه نيجه مطالعات ومباحثاته ميدان ويرن بو ابتلا حقنده موسيو (ءوتل) دخی اخيراً انجمن طبده مفصل بر نطق ايراد ايلمش و نطق مذكورك حاوی اولديغی افكار جديده ونكات مهمه‌سی هم مسلكداشلرمزی وهمده قانونشناسانمزی مستفيد ايليه‌جكی بزجه‌ده محقق كورنديكندن اقتباسنه مسارعت قلنمشدر .

صحت عموميه‌يی بر تهلكهٔ دائمی وثابته التنه الان بو اعتياد مبرمك متعدد منـاظر استكراه آوری ميانده ايجه بر مدت طب قانونی ايله واقع اولان مشغوليتم هنكامنده عريض وعميق مطالعه‌سنه فرصتياب اولديغم (سكری المنشأ جنايت) كبی غايت مهم بر بحثی معرض تدقيقه وضع ايتملكمه حضارك مساعده‌سنی طلب ايدرم . فی‌الواقع اكثر جنحه وجناياتك مجرد تنبه وتهور كئولی تحت تأثيرنده اوله‌رق وقوع ارتكابی مصدق بر كيفيت وبونك اثباتی ذاتاً ازادهٔ كلفتدر .

فقط مسائل طب قانونی‌يه متدائر تفصيلاته نمونه اولمق اوزره مؤلفات خصوصيه‌ده نشر اولنان بو قبيلدن طب قانونی راپورلری قرق سنه‌يه كلنجيه قدر پك قليل‌المقدار ايدی . حالبوكه بو كون كيفيت بو مركزده دكلدر . آيلر، هفته‌لر كچمزكه يوركلر پاره‌ليجی انواع مظالم جبريه وايشيدلمامش درلو درلو افعال وخشيانه وقوعه كلسون . خونريزلر بر طرز حشيت انكيزده كل‌يوم تكثر ايديورلر . اصل جای انديشه بر نقطه دها واركه اوده بيچاق طبانجه كبی وسائط سنفك دمالك كئولات سميه‌نك جبلت رديئه‌سی احكامندن بولنان تنبه دماغی زير فعلنده اوله‌رق فوق‌العاده نمايش‌پذير اولمش بر سائق مساواتله معلول كسانك اللری ارا‌سنده بولنمسيدر . فسيولوژی دارالعملياتی ايله سريريات تحرياتی بو بابده يكديكرينی متمم ومؤيد كلمشلر يعنی قاتلك مظلومی اوزرينه واقع اولان تجاوز وتهورينك اپا كسزلكی اثبات وبناًعليه (لابورد) و(مانيانك) مختلج تسميه ايتديكلری اشبو سمومك آثارينی بو صورتله اظهار ايلمشلردر . كرچه بوكا دائر بر خيلی امثال ايراد ايتمك ايسترسه‌مده بوندن اول (سنت پلاژی) خبسخانه‌سی باش غارديانی (مارامبات)ك تنظيم ايلديكی بر جدولی پيش انظاركزه وضع ايلمكی اولا كوردم . جدول مذبورده محرر ارقام، جنحه وجنا يات موقوفينی ايله مألوف عشرت اولنلره متدائردر .

براوه شرابی



قولا — قوقا — غوارانا — قاقائو

عینی عناصری حاوی

(اکسیر براوه)

اساسی قولا ، قوقا ، غوارانا و قاقائودن عبارت بولنان براوه شراب واکسیری قلبی تقویه ، جمله اختلال عصبیه‌یی ازاله ، تنفسی تسهیل ، دمی تکثیر ومعده ایله معانك فعلنی تنظیم ایدر . بناءً علیه هر برنوع فقرالدم ، خلوروز ، ضعفیت ، امراض عصبیه ، ضعف عصبی ، نقاهت وهر بر معده خسته‌لقلرنده شایان استعمالدر .

کلیتله بولندیغی محل — پارسده اوپرا جاده‌سنده (براوه شرابی شرکتی) نومرو ٥

هیچ بر حالت دماغیٔ رحمی اثری اولمیان اشخاصده بیله اختناق رحم تولید ایلیه‌بلدیکنی ادعا ایتمش وشو یولده ادارهٔ کلام ایتمشدر : «مرض قلبی او وقته قدر خفی قالان بر اختناق رحمی یا ایقاظ ویا تشدید ایدر و یاخود اختناق رحم داخلی‌یه مماثل بر حالت اختناقیه ایقاع ایلر . »

اشته (پوتن)ك بو فکری سزلره تفصیل و اجمال ایلیه‌جکم نظریه‌یه ندرجه مساعد بولندیغی شو افاده‌سندن مستبان اولمشدر .

فی‌الحقیقه شارقو اختناق رحمك ذات المیضی ویا میضی توسیم ایتدیکی بر شکل خصوصیسنی قبول ایدیور . اما اعضای تناسلیه‌نك معاینهٔ موشکافانه‌سنده مبایضی متألم بولمش و قادینلرك اکثریسنده حفرات خرقفیه‌دن بری ویا دیکرنده بر افراط حسیته تصادف ایلمشدرکه بو حسیت مفرطه یالکز نواحیٔ مذکوره اوزرینه پارمق تضیقیله اشکار اولمقله قالمیوب بر خیلی اختناقیلرده حملات اختلاجیه‌یی بیله ایقاظ ویا قطع ایدر .

ای مسلکداشلرم اشبو فرط حسیتك میض اوزرینه اجرا اولنان تضیقدن نشأت ایلدیکنی ادعایه محل اولوب اولمدیغنی سزدن صورارم . شارقو بونی صورت متبته‌ده قبول ایتمکله برابر یالکز تضیق خارجی‌ایله بیضیٔ مستطیل بر جسم حس اولنور دیور

حالبوکه بن بوندن پك شبهه‌لیم، مؤلفین سائره ایسه حسیتی عضلهٔ اهرامیه و یا منحزفه‌یه عائد ظن ایتدکلرندن بر طاقملری (میودینی Myodynie) نامینی دیکرلریده (calcialgie) اسم عمومیسنی ویرمشلردر . افندیلر مساعده بیوریلور ایسه اعتراف ایده‌یمکه بو قدر مباحثات مختلفهٔ طویله‌نك جمله‌سی‌ده بلا ثمره اولوب و هیچ بر سبب معقوله مستند دکلدرلرچونکه ناحیهٔ خرقفیه‌یه یومروقله قوتلیجه باصیله‌جق اولسه تضیقك قنغی طرفه تأثیر ایلدیکی کسدیریله‌مزسه‌ده باجمله خط متوسط اوزرینه توافقی ممکن، رحمه محتمل ومیض اوزرینه تصادفی‌ایسه علی الاحتمال غیرممکندر .

معاینهٔ نسائیه‌یی کیم اجرا ایدرسه ایتسون وکرك ایکی الله اولسون ینه میض ایکی اللر اراسندن سهیلاً غیب اولور وحتی میض، طبیعی متحرك بولندیغی جهتله اکثری کره پك صعوبتله بولنمسی شویله طورسون اوزرینه تضیق اولنمق بیله متعسردر . اکر میض بالفرض بر (التهاب périophorite) ایله متغیر ایسه اکثریا عظم حرقفینك خافه‌سی تحتنده مستقر قالمیه‌جغندن بنابرین تضیق اصبعیدن تمامیله رهیاب فرار اولور .

(مابعدی وار)

طرفندن نشر وشارقونك تقریضنی حامل اولان بر اثرده: حمای تیفوئید، قزامق، تسممات وسائر دیکر امراضك هرنقدر مسبب اختناق اولمق کبی بر وظیفه اجرا ایتدیکی مسلم ایسه‌ده امراض اعضای تناسلیه‌نك بونلره قطعا مشارکتی یوق دیمشدر .

حتی عین بحث اوزرینه شارقودن بر از اول پك بیوك خدمات ابراز ایدن (بریکه) مبایض ایله رحمی بو علتده طانیمق ایستمدیکندن «کافهٔ احوال مرضیه‌یی مبایض ایله رحمه تحمیل ایتمك ارزوسیله بیچاره اختناقیلر شایان استکراه ورقته غیرلایق برصورتده بر مرض شهوانی بر آفت معیوبله حجیل ایدلمش اولیور .

اشته کرك بالاده‌کی بیانمزدن وکرك شمدیکی افادتمزدن اکلاشیلدیغی اوزره (بریکه) آفات رحمیه‌یی اصلا نظر اعتبـاره المدیقدنماعدا شهوت وپرهیز تقوی پرستانه‌نك دخی مسبب اختناق رحم اولمدیغنی اثباته صرف ماحصل ایلمشدر.

فی‌الواقع اشبو نظریه‌یی تأییداً متوفی شارقو (بریکه)نك لورسین قادینلری اوزرنده طوتمش اولدیغی بر استاتستیقی استشهـاد ایتمشدر . خدمتکار و عمله طاقمندن اولان ٤٢٤ نسادن ١٦٩ینك اختناقی محقق اولوب بونك ٥٧سی حمله‌وی ایمش . اشته بو استاتستیق مفادینه نظراً اعضای تناسلیه‌نك اختناقله بر مناسبتی اولمدیغی تظاهر ایتمش چونکه یوزده اللی کوسترن بو صنف اختناقیلر نه حیات متقیانه بکارتندن و نه فحش رسوالغندن مضطرب دکل ایمشلر . شمدی افندیلر صوره‌قلغمه مساعده ایدیکزکه اکر سزلر دخی بو استاتستیقك ویردیکی نتیجه‌نك اصابتنه کسب قناعت ایتدیسه‌کز ــ که بن پك از قناعتبخش بولدیغمی معترفم ــ بونجه مأثر علویه‌لریله ابقـای نیك نام ایلیـان مؤلفین عجبا نصل اولوبده اختناق مستقل کبی ارائه ایتدیکلری بر صنف مرضادن قسم اعظمنك مؤفیت رحمیه‌لرینی اونوتدقلرندن متحیرم . چونکه بو صنف قادینلرك حمللرینی کتم وتولید سقط ایلملری صنعتلری اقتضـاسندن اولوب خصوصاکه بالفرض بر خرقهٔ البول اخذ ایتدکدنصکره سهیل الاستفهام اسبـابه مبنی طبیبه‌ده افشای راز ایتمکدن ابا ایدرلر زیراکه فرانسه قانونی موجبنجه فاحشه‌لر تحت نظارتده وتداوئ رسمی‌یه مجبور اطاعت دکلیدر ؟

دیمك اولیورکه بو صنفدن قنغیلرینك دها چوق امراض رحمیه‌یه مصاب اوله‌جغی شمدی اکلاشلمش اولور . فقط اشبو جهتده ایدیلان کافهٔ تحریاتك کلیاً منفی ظهور ایتمسی انسـانی پك زیاده لال ایدیور . غریبدرکه اعضای سائره افاتیله بیله بر چوق عکس عمل عصبی علائمنك ظهوری اولدنبرو معلوم اولوب حتی (پوتن) (شـاریته) خسته‌خانه‌سنده ویردیکی دروس اخیره‌سندن برنده امراض قلبیه‌نك هیچ بر وراثت و

شارقو ايچون اختناق رحم، وراثتك برنجى وظيفه‌یى ايفا ايتديكى بر مرض رو-
حيدر. اختناق رحم، استحالۂ دماغيه‌نك علامات روحيۂ مخبره‌سندن بشقه‌جه اوله‌رق بر
طاقم علامات مجزۂ حكيمه ابراز ايدركه علامات حكميۂ مذبوره نقاط موالد الاختناقيه-
دنصكره كلان اختلالات حسيه وتحركيه ايله اختناقليلرك حالت اختلاجيه‌سيدر. طوغريسى
(سالپتريه‌ر) مكتبنك عالم فن وانسانيته عرض ايلديكى خدمات جليله ومبرورۂ بى‌نهايه‌نك
سزلره وصف وتعدادى هم صددك خارجنده وهم خامۀ عجزملك مافوق اقتدارنده‌در

اختناق رحمك الك مغلق ومشوش اولان اشكالنى يكديكرندن تفريق ايتمك اقتدارنى
بزلره بخش ايتمك شرف عاليسى او معلم افضل (شارقو) يه راجعدر. ينه او دكلميدركه
جراحينى حقيقى بر الم خرقفيله الام خرقفيۂ اختناقيه‌دن تميزه وبو كبى دها نيجه اسباب
خطائيه‌دن مصونيته اصعاد ايتمشدر. زيرا ساق وفخذلرى هيچ بر صورتله الم ديده دكل
ايكن تشخيصده‌كى خطا سببنه تشميم فحذ وبتركه ايله بر مجرميت ابديه‌يه محكوم ايديلان
بيچاره اختنـــاقليلرك شمديه دكين نه مقداره بالغ اولديغى سزجه‌ده معلوم بر كيفيتدر .
(داءپوط، پيه‌بو) نك ارتق تقلصات اختناقيه ايله تخليطى انديشه‌سى قالمديغى كبى صداع
اختنــاقيه (clou hystérique) ايله عينى طبيعتده بولنان ڤيئاتك التهاب سحايا والخ ايله
التباسى انديشه‌سيده برطرف اولمشدر . لكن افنديلر، ظن عاجزانه‌مه قالورسه بو قدر
خدماته رغماً شارقونك تحرياتى ناتمام براقان بر نقطۀ ضعيفه واردركه ذاتاً بو كون
معرض تنقيده وضع ايلديكم مقاله‌نك مبنئ عليهاسى اولان نقطۀ مشروحه حقنده بمده
دوچار خطا اولمش بولنمقلغم احتماله بناً افكار عاليه‌كزله منورساز اولمسى مطلوبمدر.

شارقو اختناق رحمى بر مرض روحى تلقى ايتمشدر. وراثت، مجانست يا بالاستحاله
كيفيتلرى بوراده الك برنجى وظيفه اجرا ايلرلر بنــاً عليه مومى‌اليهك افاده‌سى وجهله
اختناق رحم يكانه وغير قابل تقسيم عد اولنمشدر .

فقط بنده‌كزجه برى شارقونك قبول ايلديكى معناده وديكريده عينى نام تحتنده و
فقط اعضاى تناسليه و رحمك آفاتندن متكون اولمق اوزره ايكى شكل اختنــاق رحم
موجوددر . اسباب مرضيه بحثنده كرك شارقو وكرك انك اسلافى بولنان كافۀ عصيونى
علممزده حكمران اولان موده‌يه قاپيلمش كوريورم . افنديلر قادينلر كبى بزده موده‌يه
تابع اولمشزدر زيرا دون جهان طبك لسان ستايش وثناسنده كذن هر بر شى بو كون
كلياً رد وابطال اولنور اولجه‌ده عرض ايتمش اولديغم وجهله قدما كافۀ علائم اختنــاق
بولنديغمز عصرك نصفنه قدر رحمه حمل وعطف ايتمشلردى. شارقو ايسه بونى كلياً رد
وانكار ايتدى . كرچه بو انكار مصيب اولوب فقط معاونى اولان (ژيل دولاتورت)

فضائل: بشنجی کروبیون ملائکنك دشمن بکارتی، التنجی کروبیونك احتلامی، یدنجی (verricel)، سکزنجی شهوت کروبیون توسیم ایدلمشلردر .

اشبو جن الندە قالمشلرك بعضیلرینك نقلنه نظراً هر نوقت شیطان کندیلریله منا۔ سبتده بولنه‌جق اولور ایسه مظلوم اضطرابات اولورلرمش. یعنی افاده‌لرینه‌کوره: شیطا۔ نك قضیبی غایت طویل، سرت و سیوری وخراشفله مستور اولدیغندن اثنای خروجده بونلر مهبلی تمزیق ایدرلرمش . بنابرین هر بر عصره کوره مجرد شهوت‌ایله سوداتك اختناق رحم تولیدنده دائما بر وظیفهٔ اساسیه ایفا ایتدیکی بورایه قدرکی بیاناتدن بالسهوله استدراك اولنور خصوصیله اقدمجه رحمك سیاحت سیاره‌سی بوراده فقیره دیندارلر، عندنده شیطانلرك ید ضبط وشهوتنه دوشلمسی بولندیغمز زماندن ابتدای عصرمزه قدرده مجرد عضوباهك سبب موجب اختناق رحم اولمسی وظیفهٔ مذکوره‌نك وحدتنه دالدر .

(لویر ویلرمای) ١٨١٦ سنه‌سی یازدیغی تألیفنده دیرکه: «سبب مرض، ارزوی مشتهیاتکارانه‌دن، سودادن محرومیت و اشبو انهماکاته عدم نائلیتدن تولد ایدن حزن و غمومدر.» فقط بونی مجملاً افاده ایتمك اقتضا ایدر ایسه «سیالهٔ منویهٔ نسانك احتباسی» دینلمك جسبان اولور .

افندیلر اختناق رحمك احوال تاریخیه‌سنه دائر اولان بیاناتم پك ناتمام ومختصردر، بونك سببی ایسه تفصیلات زائده‌یی محضا تکون مرضیسنه حصر ایتمك ایستدیکمدندر . یالکز فرانسه‌ده‌ده دکل المانیه‌ده‌کی پومبرغ، والانتینر، مایر کبی مؤلفین والحاصل هر بر بلده‌نك حکماسی اختناق رحمی بلاده‌کی معناده اوله‌رق رحمه عطف و حمل ایتمکده‌درلر . معهذا تشخیص مرض نقطهٔ نظرندن‌ده عظیم بر کشمکش و شورش موجوددر . صرعه، داءالمراق، بعض جنت، والحاصل هر بر علائم عصبیه اختناق رحم عنوان مبهمی التنده استتاره ایدیور. بوندنماعدا الحالةهذه اختناق رحمك حدود انتهائیه۔ سیله بحق تعیین اولنمقدن بعید قالمشدر، (قولن) فی‌الحقیقه بر قول صائبانه‌ایله دیمشدرکه: اختناق رحم، اسباب اصلیه هوسکار جستجوسی اولان فکرمزك ایصاح ایده‌مدیکی کافهٔ مواد مبهمه‌یی درونه طولدیردیغمز بر تورتی (caput mortum)در. اشته بو مسئله‌یی لایقیله حل وفصل ایدن (سالپتریه‌ر)ك معلم مشهوری ایله تلامیذ غیرتمندانیدر. بحق فنی دنیله‌جك بر تشخیص ایچون لازمکلان قواعد اساسیه‌یی ابنایه موفق اولمش و اختناق رحمله صرعه‌یی وکندیسیله بر مناسبت مخصوصه‌سی اولمیان سائر اختلالات مرضیه‌یی بتمامها تفریق ایلمشدر . »

افنديلر، حمله‌كزك معلوميدركه قدمانك اختناق رحم كلمه‌سندن استفهام ايلديكلرى شي : «سبب موجبى، رحم اولان بر لوحهٔ مرضيه اولوب» بوندنماعدا بو كونه قدر السنهٔ فنده محفوظ قالان اختناق رحم لفظى‌ده «hysetéra» رحمدن متوارددر. شمديده بو كون نظر تذكره وضع ايتديكم مسئله‌ده بر اهميت اساسيه‌يى حائز اولان بر وقعه اوزرينه دقتكزى جلب ايدرم .

شويله‌كه : قدما اختناق رحمى نه آفات رحميه‌يه ونه‌ده مضطرب بر رحمه حمل و عطف ايتميه‌رك بلكه متحرك، شباب، آمال وسودا ايله مشحون بر رحم سالمده تحرى ايدرلردى. حتى (پلاطون) ديمشدركه: رحم پك چوق اولاد يتشديرمك ارزو ايدر بر حيواندر. اكر بعدالكهولت ينه بلاتأثير قالورسه بوحاله پك زحمتله تحمل ايده‌بيلديكندن درحال دوچار اختلال اولور زيرا ارزوايله سودا رجال‌ايله نسايى يكديكرينه ربط و بر ميوه‌نك تولدينى انتاج ايدنجيه قدر منافذ هوائيه‌يى سد وتنفسى توقيف ايتمك اوزره تكميل بدنه صولت ووجودى مهالك عظيمه‌يه القا وامراض مختلفه احداث ايلر.» پيرالاطبا ايپوقراط دخى اختناق رحمى عينى طرزده ايضاح ايتمشدر: يعنى رحمى طبق پلاطون كبي كشت وكذاره ترك وتماشاى سوداكارانه‌سنى بدنده اجرا ايتديره‌رك موجب امراض اولمغله توصيف ايلر .

(غالين)نك نظريه‌سيده بونك عينيدر. مومى‌اليه اختناق رحمى مجامعت اثناسنده طبعاً دوكيله‌جك اولان سيالهٔ منويه‌نك احتباسنه حمل ايتمشدر. خلاصهٔ كلام «Durba-tilla et morbus effugiet» مثل معلومى بوراده تماماً جارى الاحكامدر .

اشته افنديلر كوريورسكزكه اختناق رحمك مباحث تكونيه‌سنده اعضاى تناسليه امراضى نظر مطالعه‌يه النميوب، سودا و آمال مشتهياتكارانه‌يه عطف اهميت اولنمشدر. حتى (سالپتريه‌ر) مكتبنك تحريات مبروره‌سنده بيله بو آفات ينه قاله النماش اولديغندن اصول تحرياتك بو كونه قدر ناتمام قالديغنى درميان ايتمكه لزوم كوردم .

موضوع بحثمز اولان مرضك اسباب تكونيه‌سى حقنده‌كى نظريهٔ قدما اعصاره تبعاً حكم سورن اعتقادات دينيه وعادات مليه‌يه كوره تحول ايتمشدر. نه‌كيم قرون وسطانك جن وپريلرى طرفندن ضبط اولنمشلرك كافه‌سى جمله‌كزك معلوميدر. «همشيرهٔ ملائك ژان يدى عدد شيطان (جن) طرفندن ضبط اولنمشدر. بونلرك اوچى طرد اولنمش متباقى دردى ايسه لويياتان، بهريت، بالا آم، ايسا آفرون تسميه ايدلمشدرلر. كوزل كچوك شيطان ياد اولنان (همشيره قلر)ك سكز دانه اولوب برنجيسى (زابولون)، ايكنجى نفتالى، اوچنجى بى‌انتها وياخود اجل‌الحكومت تسميه اولنمشلر ودردنجى دشمن

طفوزنجی سنه　　نومرو ۱۱۱　　۱ حزیران ۱۳۱۱

جریدهٔ امراض الصحه

عسکریه و ملکیهٔ دولت علیهٔ عثمانیه

اختناق رحم

درسعادت جمعیت طبیه‌سنك ۳ مایس اجتماعنده قرائت اولنمشدر.

بو سرلوحه ایله جمعیتکزه تقدیم مقاله‌دن مقصد اعضای تناسلیه آفاتندن متحدث ومداخلهٔ طبیه ایله شفایاب اولان بر قاچ (اختنـاق رحم) وقایعی نظر دقتکزه عرض ایتمکدر. بن شو مسئله‌یی بحق بر اهمیت عظیمه ایله متحلی بولییورم چونکه بو بحث بو کونه قدر هنوز کتب مداواتمزده تسامح ایله مسکوتاً کچیلدیکی کبی (سالپتریه‌ر) مکتبی طرفندن بو بابده صرف اولنان مساعئ عالیه‌یه رغماً هنوز بر جواب قطعی ویریله‌میه‌رك هله بر چوق نقاطی‌ده الآن اغتشاش وتواریده قالمشدر.

افندیلر، غایهٔ بحثك تفصیلنه شروعدن اقدم (اختنـاق رحم) بحثنده اولنان تحریاته متدائر بعض وقایع تاریخیه‌یی دریش ایتمکلکمه مساعده بیوریکز . اشته شو لایحه‌مده بو مسئلهٔ مشکله‌نك تنویری ایچون مکتب مذبورك بو کونه قدر اتخاذ والتزام ایلمش اولدیغی اصوللرك هنوز برچوق مطالباته محل براقدیغنه سزی قطعیاً اقناعه صرف مقدرت ایلیه جکم.

9me ANNÉE. — No 112.



1/13 JUILLET 1895.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

DE L'EMPIRE OTTOMAN.

BUREAUX DU JOURNAL :

AU LOCAL DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE, ASMALI TCHIKMA, SAKA SOKAK, PÉRA CONSTANTINOPLE.

POUR LES ANNONCES ET ABONNEMENTS

S'adresser à l'Éditeur A. CHRISTIDIS

19, Rue Voïvoda, Galata, Constantinople.

PRIX DE L'ABONNEMENT PAR AN

Constantinople : 30 Ptres. — Provinces : 36 Ptres. — Étranger : 8 Francs.



CONSTANTINOPLE,

Imprimerie A. CHRISTIDIS, 19, Rue Voïvoda, Galata.

1895.

(اقزالترينلى بلانقا محلولى وقومپريه‌لرى)

الام عصبيه . عضليه ، سينيه ، غضروفيه ، ذات المفصل الخ .

, p. 272.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(ده فرزنك پانقره آتینی)

PANCRÉATINE DEFRESNE

استکراه اطعمه، سؤهضم، الم معده، مشکلات هضمیه، شکرعلتی، ذات المعده، وسائره وسائره

پانقره آتین ده‌فرزن — سفوف حالنده ۲ الی ٤ قاشق — ٤ فرانق

حبیات هاضمهٔ ده‌فرزن — ۳ الی ٥ حب — ۳ فرانق اکسیر وشروب

(ده فرزنك فارین مالته‌سی)

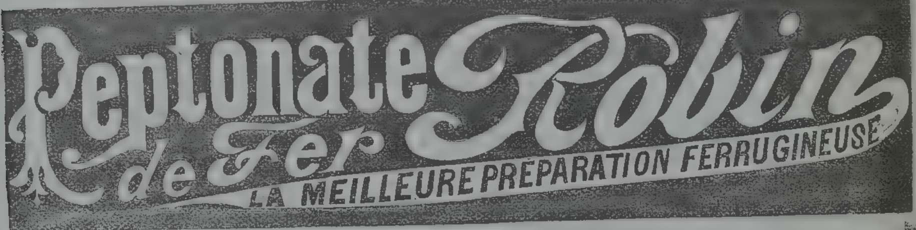
Farine MALTÉE Défresne

لبن متیبس ماده مقیس غدای اکمل

ده فرزنك فارین مالته‌سی لبن مادرك عدم کفایه‌سنی تلافی ایتدیکی کبی بردنبره ارضاع حیوانیدن استطعام عادی‌یه چکمکده‌کی مخاذیر ومهالکی‌ده دافع وزائلدر

﴿ روبنك پپتونیت حدیدی ﴾

En dépôt chez M. AZNAVOUR, 7 et 8, Foundouklian Han (Stamboul) Constantinople.



هر طعامده برآز صو درونده اون الی اوتوز دامله پپتونیت حدیدی و یا روبن شرابی طعاملردن اول و یا صکره بر ایچکی قدحی

کلیته بولندیغی محل استانبولده فندقلیان خاننده نومرو ۷ و ۸ .

﴿ ویشی ﴾

VICHY

ویشی صویی استعمال ایدن ذوات کرام بروجه آتی منابعی طلب ایتملری لازمه‌دندر

VICHY-GÈLESTINS

VICHY GRANDE-GRILLE

VICHY-HOPITAL

مستحصل بولندیغی منبعك نامی ادیکت ومحفظه اوزرنده محرردر

9me ANNÉE — N° 112 — 1/13 JUILLET 1895.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES
DE L'EMPIRE OTTOMAN.

SOMMAIRE — De l'Hystérie, par le **Dr M. Logothétis.** — Hygiène sociale sur la prophylaxie de l'alcoolisme, par **M. Motet.**—Médecine pratique, par **A.M.**

DE L'YSTÉRIE.

(Suite et fin.)

Si je disais plus haut que la discussion si l'hypéresthésie représentait l'ovarie, ou bien une myodynie, callialgie, ou dermalgie selon d'autres, si j'appelais cette discussion stérile et oiseuse, c'est parce que au lieu de faire des hypothèses et d'apporter des arguments purement théoriques, on pourrait se rendre compte plus facilement en exerçant une pression par le vagin, et de cette manière en mettant de côté peau, muscles et tant d'autres organes ; et je m'étonne fort qu'on n'avait pas pensé à cette expérience bien facile à faire. Quoiqu'il en soit, Charcot et tous les névrologues modernes, après avoir complètement négligé tout examen gynécologique qui doit être toujours bimanuel et après avoir donné une interprétation erronée, selon moi, à cette hypéresthésie des fosses iliaques, ont renié absolument l'influence des organes génitaux pour la genèse de l'hystérie ; ce fait est d'autant plus à étonner parce que dans les œuvres de Charcot comme dans ceux de ses élèves on rencontre des tableaux nosographiques de ces malades qui ne permettent aucun doute d'une affection génitale, et cependant Charcot a complètement négligé l'examen local ; voici le suivant par exemple où il dit, à propos d'une de ses malades: «Les règles, jusque-là régulières, se dérangent ; la malade a de temps en temps des vomissements de sang ; son ventre est le siège d'un ballonnement considérable, avec douleur vive à la région ovarienne gauche, s'accompagnant de sensations particulières qui s'irradient vers la région hypogastrique et que la malade reconnaissait comme précédant la plupart de ses attaques. Presque en même temps rétention d'urine. » [1] On rencontre un grand nombre de tableaux symptomatiques pareils rapportés par Charcot ou par ses élèves. [2]

Maintenant, je vous demande, Messieurs, de me dire si je n'avais pas raison en vous disant que les recherches si ingénieuses de l'Ecole de la Salpêtrière présentaient des lacunes, et qu'on ne peut pas si facilement effacer d'un trait de plume le fruit des observations de tant de siècles qui rapportaient l'hystérie à la matrice. A ma question je sais ce que vous

(1) Charcot, tome I, p. 353.
(2) Voyez aussi, tome III, page 42, et tome II, p. 272.

allez me répondre. Vous me diriez avec Charcot qu'il y a une hystérie virile, et que l'hystérie se présente chez les enfants avant l'apparition des règles et chez des dames se trouvant en pleine ménopause. Personne ne peut renier ces axiomes scientifiques ; moi je vous ai dit seulement que l'hystérie n'est pas une et indivisible, mais qu'il y avait probablement une, provenant des affections des organes génitaux, et l'autre de la forme psychique dans le sens de Charcot.

Quant à l'hystérie virile, je ne puis m'empêcher de vous exprimer ce qui m'a frappé en parcourant les travaux de Charcot et de ses élèves. Chez les hystériques mâles on rencontre presque toujours des zones hystérogènes tantôt sur le testicule, tantôt sur la peau du scrotum, plus souvent sur les fosses iliaques, ce qui veut dire, je pense, sur le trajet du cordon spermatique, l'ovarie ne pouvant pas y avoir lieu (voyez tome III, p. 88, 260, 270, 272, 295, 331 et Leçons de Mardi, tome II, p. 400). Même dans un cas relaté par Charcot (tome III, p. 280) chez le nommé Mur, il n'existe qu'un point seulement hystérogène qui occupe la région iliaque gauche. Prenant tous ces faits en considération, ne serait-il pas raisonnable d'examiner, sous le point de vue pathologique, l'état des organes génitaux, d'autant plus que Charcot, même en parlant des deux hystériques mâles, dit que l'un était masturbateur et que l'autre aimait trop les femmes, que l'hystérie virile s'éteint d'ordinaire dans la vieillesse (tome III, p. 271). Je pense donc que l'examen des organes génitaux, dans ce sens, même des hommes hystériques, serait à désirer, et qu'on ne devait pas attribuer à une simple coïncidence le fait de rencontrer presque toujours des zones hystérogènes sur les parties génitales. (1)

Reste à présent le fait si souvent rapporté par l'Ecole de la Salpêtrière que l'hystérie se rencontre avant l'apparition des règles et après la ménopause ; par ce fait tant invoqué (2) on tâche de prouver que les organes génitaux n'ont rien à faire pour la production de l'hystérie. Si l'hystérie doit être considérée comme «morbus virginum et viduarum», si on prend les organes génitaux de la femme seulement comme un instrument de la lubricité et de l'orgasme vénérien, cette conclusion a une valeur éminente ; mais si on prend en considération que même chez les enfants nous rencontrons des lésions des organes génitaux, bien avant l'apparition des règles, comme la rétroversion de la matrice, quelquefois même congénitale, des kystes de l'ovaire, etc., et qu'on en rencontre encore davantage après la ménopause, cette conclusion a, je crois au moins, une valeur minime. Je vous ai déjà énuméré les arguments principaux invoqués par les neurologues pour démontrer que l'hystérie n'avait rien à faire avec la matrice ; en même temps j'ai tâché de vous prouver que cette argumentation laissait bien à désirer. Permettez-moi, Messieurs, de vous signaler maintenant un point, qui a fait sur moi au moins, l'effet d'une note discordante dans les œuvres immortelles du chef de la Salpêtrière.

Vous savez bien que Charcot et ses élèves, en blâmant et avec raison, ceux qui ont confondu un nombre de maladies avec l'hystérie, nous ont mis en état de la distinguer par des signes pathognomiques clairs; ce sont, comme je vous disais tout à l'heure, d'une part l'histérie locale, savoir hémianesthésies, anesthésies, hyperesthésies, paralysies, contractures, points douloureux fixes, points hystérogènes, l'ovarie en tête, de l'autre part,

(1) Chez l'homme l'irritation du testicule retenu dans l'anneau . . . . . provoque l'attaque, etc., tome III. p. 116.

(2) Charcot. Maladies du système nerveux I p. 394 et Tome III, p. 222.

l'état convulsif caractéristique des hystériques. Et cependant, malgré ce cachet classique et caractéristique opposé par l'infatigable chef de l'Ecole de Salpêtrière à l'hystérie, on trouve dans ses travaux des tableaux nosographiques qui ne correspondent pas du tout ; vous trouverez, par exemple, dans le 3me tome (1) l'histoire d'une fille qui souffrait d'une aphagie ou anorexie ; elle ne présentait aucun autre signe caractéristique de ceux qui ont été si bien décrits par Charcot ; malgré tout cela son aphagie ou anorexie est caractérisée comme hystérique ; également dans le 1er tome de ses Leçons de Mardi (2) vous rencontrez un cas d'une malade souffrant d'une dyspnée qui est caractérisée comme dyspnée hystérique, quoique tout autre signe hystérique y faisait complètement défaut. Pour caractériser ces cas, Charcot et ses élèves leur donnent le nom de l'hystérie fruste ou monosymptomatique, nom bien commode il est vrai, mais qui n'est pas propre à dissiper la confusion qui peut en résulter (3) et contre laquelle Charcot a si vaillamment travaillé. Est-il juste, je vous demande, d'incorporer des cas semblables dans l'hystérie ? moi, j'en doute, et je pense que de cette manière on embrouille la question et qu'on donne raison de justification à tous ceux qui ont confondu ou confondent tout autre symptôme avec l'hystérie.

Comme je vous disais au commencement de mon travail, on ne pouvait pas admettre l'aphorisme de l'Ecole de la Salpêtrière, *« que l'hystérie est une et indivisible »*, tant que les neuropathes ne se donnent pas la peine de soumettre à un examen attentif, les maladies des organes génitaux et les phénomènes y résultant, et que moi personnellement je pensais que des lésions de la matrice peuvent causer l'hystérie chez des individus indemnes de toute tare héréditaire, et de tout état mental ; cette opinion se base surtout sur mes deux cas de 5 que je vais vous rapporter tout à l'heure, et sur les données de mes études, à propos de la question, tirées de la littérature gynécologique.

Si, dans l'étude de l'hystérie, les neurologues ont complètement négligé la matrice, les gynécologues ayant l'air de prendre leur revanche n'ont point pris en considération les recherches si classiques des neurologues. En effet, ouvrez le traité de gynécologie qu'il vous plaira et vous trouverez toute espèce de troubles produits de par des lésions de la matrice, et un grand nombre de ces troubles disparaître complètement après la guérison de l'affection utérine. Les maladies de la peau, des neuralgies comme migraine, neuralgies intercostales, sciatiques, douleurs siégeant aux extrémités y sont énumérées ; des troubles différents de l'estomac, aphagie, boulimie, vomissements, anorexie ainsi que des multiples troubles des sens n'y font pas défaut. Enfin toutes les maladies qu'on peut s'imaginer, sont rapportées à une lésion de la matrice par quelques gynécologues qui les étiquettent par conséquent sous un nom collectif hystérie, ou névrose, ou bien des phénomènes reflexes produits par la lésion de la matrice. Il est évident, Messieurs, que de la manière dont les gynécologues rapportent leurs cas, ils embrouillent la question au lieu de l'élucider : savoir si l'hystérie, cette entité morbide si bien caractérisée par Charcot, peut être produite par des lésions utérines. En effet, de quel droit,pourrait-on leur faire observer, de quel droit appelez-vous ces troubles, hystériques ? est-ce que vous avez cherché si vos malades portaient les stigmates permanents de l'hystérie ? est-ce que vous avez cherché si

(1) Maladies nerveuses, Tome III, page 243 et (2) Leçons de Mardi, Tome I, p. 477.
(2) Charcot ibid. Tome I, p. 426.

vos malades portaient d'autres signes caractéristiques de l'hystérie, signes qui permettent[1] de faire le diagnostic différentiel entre l'hystérie et une autre maladie? Aucun des gynécologues ne l'a pas fait, et voici pourquoi leurs observations si intéressantes ne sont pas prises en considération par les neurologues.

Cependant, de la littérature gynécologique, si riche, une partie ne peut pas être complètement rejetée. J'entends la partie qui a trait aux malades ayant des attaques de convulsions; quoique ici, comme pour tous les cas d'ailleurs, les stigmates de l'hystérie n'ont pas été recherchés par les gynécologues, néanmoins la présence des convulsions suffit, selon la doctrine même de Charcot[2], pour reconnaître l'hystérie; or, dans la littérature gynécologique, sont mentionnés des cas où des malades souffrant d'accès de convulsions ont été guéries après un traitement purement gynécologique; la lacune seulement qui se présente dans ces cas, vraiment hystériques, est qu'ils nont pas été suivis pour voir si la guérison était complète, de même si pendant la guérison les stigmates de l'hystérie locole (qui n'a pas été malheureusement recherchée) existaient encore ou sont complètement disparus, parce que, selon l'Ecole de la Salpêtrière, on a le droit de parler d'une guérison définitive de l'hystérie seulement lorsque les stigmates de l'hystérie disparaissent complètement[3]. Quoiqu'il en soit, le fait reste indéniable que des lésions utérines peuvent provoquer l'état convulsif hystérique, et qu'un traitement exclusivement gynécologique peut, avec la restitution des organes génitaux, guérir aussi l'hystérie. Le l'étude la littérature gynécologique, il ressort encore un autre fait; c'est que des malades hystériques monosymptômatiques surtout, se sont montrées absolument réfractaires à tout traitement des neurologues, tandis que des malades présentant absolument ce même tableau clinique ont été vite guéries par un traitement gynécologique local approprié. Vous pouvez trouver, par exemple, un cas de dyspné rapporté par Charcot dans le IIme tome, page 243, deux cas de loxalgie hystérique qui ont résisté pendant des années à tous les traitements des neuropathes; ils sont rapportés par Gilles de la Tourette dans sou ouvrage mentionné déjà p. 246 et 248; un cas semblable d'angine de poitrine rapporté par le même ibid. p. 294. Des cas tout à fait analogues, rapportés par Aman[4] et Macnaugton Jones, sont guéris plus ou moins vite sous l'influence d'un traitement local de la matrice. Je recommande bien aux confrères désireux d'étudier cette question, le dernier travail lu dans la Société gynécologique de Londres et intitulé *on uterine reflexes;* on y verra 270 cas de malades présentant toutes sortes de phénomènes reflexes ou hystériques, guéris par l'intervention gynécologique. Dans la discussion qui a suivi la lecture de cet important travail, et dans laquelle ont pris part toutes les sommités gynécologiques de Londres, leur zèle était si grand, qu'ils ont oublié complètement les immortels travaux de Charcot et ils ont l'air de vouloir démontrer que tous les phénomènes hystériques proviennent des lésions de la matrice. Pour vous donner un trait de cette discussion, permettez-moi de vous citer un petit passage que le président honoraire de la Société, l'éminent Robert Barnes, a dit à ce propos; se rapportant

(1) Gilles de la Tourette. L'hystérie, etc., p. 493.
(2) Leçons de Mardi, p. 255.
(3) Tome III, p. 218.
(4) Aman. Vielve den Einfluss der weiblichen geschlechte krankheiten auf das Nerven et British Gynecological Journal p. 144-145, August 1893.

aux neurologues il dit : «Ils peuvent traiter l'encéphale, ils peuvent tâcher d'améliorer l'état général et celui des organes digestifs. Tout cela ressemble au travail de celui qut veut naviguer sur une barque ayant un trou au fond, au lieu de boucher le trou, cause de l'avarie, il tâche de vider l'eau de mer qui y entre ; en deux mots, ils font l'œuvre des Danaïdes. Si on ne veut pas reconnaître la cause, c'est impossible de faire cesser les conséquences. Pauvres femmes qui sont les victimes de ce mode de traitement . . . . . Qui sait combien de ces pauvres femmes sont enfermées dans des asiles d'aliénés, rien que pour une maladie de la matrice. Voici pourquoi j'ai proposé depuis longtemps une commission *ad hoc* ».

Bornes et ses honorables collègues ont raison peut-être lorsqu'ils s'attaquent aux neurologues qui ont complètement négligé la matrice ; mais les neurologues à leur tour ont aussi complètement raison en reprochant aux gynécologues d'avoir négligé complètement leurs travaux et leurs découvertes ; en effet, ni Barnes ni ses confrères, n'ayant pas songé à démontrer chez leurs malades les stigmates si caractéristiques de l'hystérie, n'ont pas le droit de les appeler hystériques.

Messieurs, j'ai hâte de finir, craignant fort d'avoir bien abusé de votre patience ; je l'implore encore pour quelques moments pour vous rapporter des cas qui me sont personnels ; je tâcherai de vous en faire un exposé bien succinct.

Madame X... de Gallipoli, mère de trois enfants dont le dernier est âgé de 7 ans, toujours régulièrement réglée. Rien de particulier à signaler dans ses antécédents même de l'hérédité. Elle vient me consulter le 15 juin 1892 pour une dyspnée intolérable qui date depuis près de sept ans ; elle ne peut pas faire trois pas sans s'arrêter ; dans le dernier temps, même le sommeil lui est presque impossible ; elle souffre de l'orthopnée. Sa dyspnée a commencé huit mois après son dernier accouchemeut, mais elle lui permettait de vaquer à son ménage, et ce n'est que pendant ses époques qu'elle était obligée de garder sa chambre tant la dyspnée l'inquiétait ; depuis ce temps le mal s'empirait de jour en jour, ce qui l'a obligée de consulter à plusieurs reprises un grand nombre de confrères ; tous les traitements ne lui ont apporté aucun soulagement. L'examen des organes de la poitrine et de tous les autres négatif. L'examen des organes génitaux m'a révélé une endométrite purulente accompagnée d'une métrite chronique. Prenant en considération que tous les autres traitements, si rationnels d'ailleurs, sont restés sans la moindre efficacité, faute de mieux je lui ai proposé le curetage, qui a été fait le 18 juin 1892 avec sept cautérisations au chlorure de zinc et lavages intra-utérins consécutifs ; pendant les deux premiers jours, après le curetage, la dyspnée devenait inquiétante ; mais depuis le quatrième jour son état s'améliorait sensiblement et le dixiéme jour déjà, la malade pouvait garder le décubitus dorsal. L'orthopnée, dont elle souffrait depuis trois mois n'existe plus ; vingt-cinq jours après le curetage, la malade qui, jusque-là, ne pouvait faire quelques pas sans se reposer, était allé à Béchiktach sans s'arrêter; la dyspnée a disparu complètement. Selon les informations que j'ai prises il y a huit mois, la malade se porte depuis toujours très bien. Malheureusement, dans ce cas, les recherches pour l'hystérie locale n'ont pas été faites.

Madame K. âgée de 37 ans, mariée à l'âge de 17 ans, d'une constitution très forte, ne présente rien de particulier dans ses antécédents ; un an et demi après son mariage, elle a eu un accouchement difficile suivi,

comme il parait, d'une fièvre puerpurale grave. Depuis cette époque, elle a commencé à souffrir d'une anorexie qui l'affaiblissait de jour en jour et qui s'aggravait malgré les soins assidus de son médecin traitant, mon ami le Dr Siotis; malgré tous les traitements et les consultation que son aisance lui permettait bien, son état s'aggravait de jour en jour au lieu de s'améliorer; tant il ést vrai qu'au lieu de son anorexie on avait déjà affaire à une aphagie; la malade ressentait du dégoût presque pour tous les aliments; l'amaigrissement de la malade si forte autrefois s'accentuait tous les jours; une insomnie dont elle souffrait de temps à autre, aggravait encore davantage son état; j'ai oublié de vous dire que la malade depuis 1878 jusqu'à 1891 époque où je l'ai vu la première fois, a souffert de deux poussées de péritonite. Quant à l'état génital, elle se plaignait d'une oligonenorexie et de quelques petites douleurs aux reins. Ces douleurs comme son anorexie s'accentuaient au moment de ses époques. Encouragé par le Dr Siotis qui, je dois l'avouer, a soupçonné le premier, une lésion de la matrice comme cause occasionnelle de cette anorexie, j'ai entreprîs le traitement local de cette dame qui ne présentait qu'un raccourcissement notable de la base du ligament large droit, occasionnant une déviation forte de la matrice du côté opposé, probablement à cause de cette déviation de la matrice, la circulation étant troublée, la matrice avait un volume énorme; nous avions à faire à une mérite chronique bien prononcée. Le traitement que nous avons entrepris était purement local; massage sur cette bride cicatricielle paramétrale d'un côté, injections intra-utérines de teinture d'iode de l'autre côté, et tous les autres moyens propres à la mérite chronique; après quelques séances de massage le dégoût disparaissait déjà, l'anorexie a commencé à faire place à un appétit excessif, et depuis cinq ans la dame se trouve dans un état plus qu'excellent, elle pèse 90 Kilogr. et elle ne se plaint jusqu'aujourd'hui que d'un appétit insatiable. Malheureusement, dans ce cas aussi, la recherche des stigmates de l'hystérie dans le sens de Charcot, n'a été pas fait; ce que je puis vous dire, c'est que du côté de l'hérédité la dame en question ne présente rien de particulier.

La 3me cas a trait à une dame de 30 ans bien constituée et bien reglée, et ne présentant rien de particulier quant à ses antécédents. Ce cas je le dois encore à l'obligeance de mon ami le Dr Siotis. Mariée il y a 6 ans à peu près, elle a eu son premier enfant un an après; deux mois après son accouchement, elle a eu l'influenza compliquée d'une bronchite assez intense; sa bronchite s'est notablement améliorée; néanmoins, une toux sèche continuait jusqu'à son second accouchement qui eut lieu un an après. Six mois après cet accouchement, la toux empirait toujours et ne voulait céder à aucun traitement; les narcotiques administré même larga manu ne produisaient aucun effet. En présence de cet état, et de l'affaiblissement de la malade, qui s'accentuait tous les jours, la famille inquiète a convoqué par le Dr Siotis une consultation à laquelle ont pris part deux éminents cliniciens de notre ville et un accoucheur, parce que la malade se trouvait enceinte de 3 mois. Vu l'épuisement et la faiblesse de la malade on a decidé de provoquer un avortement; pour l'une ou l'autre raison la famille n'a pas suivi la décision des médecins, lorsque le 4me mois de la grossesse la toux a complètement cessé, sans aucune médication. La malade se portait à merveille jusqu'à l'accouchement, qui a eu lieu le mois d'avril 1893. Quelques jours après l'accouchement, la toux a recommencé de nouveau avec une intensité excessive; en même temps

la malade a commence à se plaindre d'une sciatique droite. [1]

J'ai vu pour la première fois la malade, vers la fin du mois de mai ; par l'auscultation on constatait des râles dans les deux poumons, sa voix était prise ; du côté de la matrice, elle ne se plaignait que d'un écoulement assez intense et de ses douleurs de sciatique. A l'examen local, j'ai constaté une rétroversion de la matrice qui avait un volume considérable; elle mesurait par l'hystéromètre 13 centimètres ; séance tenante, j'ai reposé la matrice dans sa position normale et j'ai appliqué un pessaire Hodge ; comme par enchantement la malade ne toussait plus le lendemain ; sa voix qui était prise est devenue des plus sonores. La malade, malgré les imprudences qu'elle a commises, a passé tout l'été aux îles des Princes dans un état excellent ; l'affaiblissement a fait place à un embonpoint considérable. Elle vient me consulter le 13 novembre ; la toux avait recommencé depuis quelques jours parce que, me disait-elle, elle avait enlevé le pessaire ; j'applique de nouveau le pessaire et la toux cesse immédiatement comme la première fois. La malade se porte depuis cette époque toujours à merveille, et n'ose plus enlever son pessaire.

Chez cette malade non plus nous n'avons pas recherché, par malheur, l'hystérie locale et les autres signes pathognomiques de l'hystérie ; néanmoins, elle souffrait de globe hystérıque, et pendant une visite que je lui ai faite j'ai observé qu'elle était prise de convulsions de forme hystérique, ce qui lui était arrivé quelquefois déjà, me dit-elle.

Le 4me cas se rapporte à une dame S., arménienne, âgée de 30 ans, qui souffre depuis de longues années. Mariée depuis douze ans, elle est mère d'un enfant âgé de dix ans ; depuis cette époque, elle est stérile; ses souffrances datent depuis son accouchement. Je n'exagère pas, si je vous dis que son historique représente une pathologie entière. Elle se plaint de vertiges alternant avec des maux de tête intenses, elle a souvent des crises hystériques qui correspondent parfaitement au tableau si magistralement décrit par Charcot ; douleurs de tête, battements dans les tempes, sifflements dans les oreilles, puis surviennent les contorsions, l'arc de cercle n'y faisant pas même défaut. J'ai assisté deux fois moi-même à son grand mal. Du côté de l'estomac, elle ne cesse pas de se plaindre ; tantôt de manque d'appétit, tantôt de nausées et d'une digestion difficile ; en outre, des maux de reins continuels et des douleurs à l'hypogastre lui rendent la vie bien amère. Un autre trouble qui mérite bien une mention, au moins à cause de sa rareté, c'est que la malade souffre de temps à autre de mutisme ; elle perd complètement sa voix, ne pouvant articuler un mot ; cet état persiste d'ordinaire pendant quelques minutes ; une fois il a duré plus de 2 heures ; cet état lui arrive d'ordinaire à l'approche de ses périodes menstruelles ; d'ailleurs, tous les autres troubles susindiqués prennent une allure beaucoup plus grave à l'approche de ses règles. La malade souffre en outre d'une dysparcunie qui rend les rapports sexuels presque impossibles. J'ai vu pour la première fois la malade, grâce à la recommandation bienveillante du Dr Hékimian, au mois de Juin 1893 ; son état général laissait beaucoup à désirer, la malade est pâle, faible, impressionnable à la moindre chose et me raconte tout ce tableau clinique dont je vous ai fait l'exposé, et qui n'a été nullement influencé malgré les divers traitements institués par plusieurs confrères.

(1) A cette époque, elle a consulté un des plus éminents cliniciens de l'Occident qui était de passage dans notre ville. Après un examen minutieux, il lui a conseillé de se rendre à Corfou, après avoir déclaré à son mari que le cas lui paraissait très suspect.

J'ai soumis la malade à un examen attentif et j'ai découvert que la moitié droite du tronc présentait une insensibilité bien déclarée ; anesthésie presque complète pour la piqûre et la température ; en outre, une sensibilité extrême surtout du côté gauche ; en exerçant une pression, pas même très forte, sur la région iliaque gauche, on pouvait bien provoquer chez elle des convulsions hystériques ; la même pression exercée sur l'ovaire, directement par le vagin, était un peu douloureux, il est vrai, mais elle ne provoquait pas ces crises hystériques; j'attire votre attention particulièrement sur ce fait, parce qu'il démontre clairement que l'ovarie de Charcot ne peut pas avoir la signification pathognomique qu'il voulait bien lui attribuer ; en outre, la malade accusait une insensibilité de pharynx, chose bien commune aux hystériques. Or, cette malade était une hystérique patentée. A l'examen des organes génitaux, j'ai découvert une rétroflexion bien accusée ; rien de particulier aux annexes ; l'ovaire gauche était complètement couvert par la matrice ; il est inutile de vous dire que, dans ces cas pareils, la pression sur la région iliaqus ne peut jamais porter directement sur l'ovaire, comme Charcot le prétend.

Après de longs efforts, j'ai reposé la matrice et appliqué un pessaire Hodge ; l'état de la malade s'est amélioré un peu après l'application du pessaire, surtout les douleurs aux reins ; néanmoins, en examinant la malade quelques jours après, j'ai constaté que malgré le pessaire, la rétroflexion persistait encore. Après avoir enlevé ce pessaire et appliqué un autre de la forme Gaillard Thomas, la matrice a coutinué à garder sa position normale ; pendant dix mois la malade se portait très bien, sous tous les rapports : ni les convulsions, ni les mutisme, n'ont pas reparu, et, *chose remarquable à noter*, les stigmates hystériques, la soi-disante ovavarie y comprise, ont disparu complètement. Lorsque dix mois après, à cause d'un prurit vulvaire très fort, j'ai été obligé d'enlever le pessaire, le même tableau clinique reparaissait avec une intensité moins grande. Après l'application du pessaire, deux mois après, la malade so porte bien jusqu'aujourd'hui, ne présentant aucun signe de l'hystérie locale : l'état convulsif aussi a complètement disparu.

La dernière malade a trait à une jeune fille de 24 ans environ, vierge encore ; aucune tare héréditaire, ainsi que rien de particulier à signaler dans ses antécédents. Elle vint me consulter, il y a un an environ, en se plaignant de fortes douleurs aux reins et à l'hypogastre, d'un prurit insupportable vulvaire et anal ; mais ce qui l'oblige surtout de recourir aux médecins, c'est que depuis plus de 5 ans elle souffre de convulsions très fortes, dont elle est attaqué dans ces derniers temps, presque tous les jours. Son humeur devint de jour en jour plus insupportable ; son état mental laisse aussi bien à désirer. Prenant en considération que tous les traitements institués par plusieurs confrères sont restés inefficaces, après avoir constaté une rétroversion de la matrice, je propose aux parents sa réposition, ce qui a eu lieu en consultation avec mon ami le Dr Christidis. Avant d'y procéder, nous avons constaté, avec lui, une *anesthésie complète* de tout le corps, excepté la face ; on peut enfoncer une aiguille longue bien profondément, la malade ne ressent absolument rien ; la sensation de froid et de chaud fait aussi complètement défaut ; en outre, manque complet de goût de la moitié de la langue, anesthésie complète du pharynx ; un examen fait par mon ami le Dr Bistis n'a pas démontré de troubles visuels, propres aux hystériques ; l'ovarie fait complètement défaut chez elle, quoiqu'il y a d'autres points hystérogènes, un sur le sein droit,

un autre sur la petite lèvre gauche et un sur le clitoris ; en effet, la moindre pression sur le clitoris peut provoquer des attaques convulsives. Tel était l'état de notre malade avant la réposition de la matrice ; celle-ci ayant eu lieu, et après l'application d'un pessaire, non seulement les douleurs ont cessé, non seulement les convulsions ont disparu depuis, et l'état mental s'est amélioré, mais les stigmates de l'hystérie y font complètement défaut jusqu'aujourd'hui, quoique le pessaire ait été enlevé depuis trois mois, ce qui n'empêche pas la matrice de se trouver jusqu'aujourd'hui dans sa position dormale, *De tout ce qui précède, je pense que j'ai le droit*, Messieurs, de prétendre, contrairement à l'opinion émise pas l'Ecole de la Salpêtrière, que l'hystérie n'est pas une et indivisible, mais qu'elle a deux formes, la psychique et celle provenant de la matrice ; comme vous venez d'entendre, mes deux dernières malades portatent tous les signes de l'hystérie, axigés par Charcot, rien n'y manquait, ni l'hystérie locale, ni l'état convulsif ; vous avez entendu qu'elles ne présentaient aucune tare héréditaire, et que, après une intervention purement gynécologique, on ne pouvait plus les reconnaître, et que les stigmates permanents hystériques ont complètement disparu ; nous connaissons tous que selon la doctrine de Charcot la disparition complète de tout stigmate est un signe indiscutable de la guérison définitive de l'hystérie. Un autre point qui parle en faveur de mon opinion, c'est que les stigmates permanents de l'hystérie complètement disparus, reparaissaient aussitôt que la matrice ne gardait plus sa position normale, comme l'atteste mon 4me cas, et qu'ils disparaissaient encore, immédiatement après l'application du pessaire.

Quant aux autres trois cas, dont je viens vous faire l'exposé, ils démontrent un intérêt assez grand, parce qu'ils prouvent que des symptômes, comme la dyspnée, l'anoréxie et la toux qui ont persisté pendant des années et résisté à tout traitement rationnel, ont complètement disparu après une traitement gynécologique approprié. J'ai le droit, je pense, d'appeler ces symptômes hystériques parce que : 1o les symptômes graves que présentaient les organes de ces malades ont disparu comme par enchantement, et que, après des années, on ne peut rien constater de pathologique dans les organes intéressés ; 2o parce que je trouve des tableaux cliniques rapportés par Charcot, tout à fait analogues aux miens, et qui, malgré le manque de tout autre signe systérique, sont caractérisés comme appartenant à l'hystérie monosymptômatique.

En concluant, Messieurs, j'invite tous les confrères à travailler dans le sens que je viens d'indiquer pour pouvoir trancher la question, savoir: si l'hystérie est une maladie psychique *sine materia* : ou bien si cette entité morbide pourrait être produite aussi par des lésions de la matrice qui, par les différents plexus nerveux, peurrait attaquer différents nerfs parcourant la moëlle épinière et l'encéphale et alors on pourrait se rendre compte du tableau polymorphe de l'hystérie qui ne serait alors qu'une maladie se basant sur différentes lésions des nerfs. L'éminent gynécologue de Fribourg, Hegar, le défenseur fervent de la castration pour les neuroses, croit pouvoir suivre le tableau anatomo-pathologique de l'hystérie dans quelques cas, pas à pas. Ainsi, dans un cas de paramétrite [1] cicatricielle (schrumpfende), la malade a commencé à sentir au début de son affection, une hyperesthésie vulvaire, douleurs à la région iliaque

(1) Hegar. Der Zusammenhang der geschlechtskrankheiten mit nervœsen Leiden: p. 21.

gauche, ensuite, apparurent successivement, douleurs lancinantes, à la cuisse gauche, envie d'urinier, ténesme du sphincter anal, neuralgie intercostale gauche, mastodynie, contractures des fléchisseurs du bras gauche ; plus tard, la moitié droite du corps a été attaquée par les mêmes troubles, des convulsions apparurent ensuite. Selon Hégar, l'un des plus éminents gynécologues, l'effet curatif de l'hystérie par l'intervention gynécologique est évident. Voici maintenant ce que pense Charcot à propos de l'intervention gynécologique, la castration en tête. [1] «Je proteste, dit-il, contre cette tendance par trop radicale de certains chirurgiens à eulever les ovaires en cas d'hystérie générale. Cela n'a ni queue, ni tête. Alors il faudrait enlever un morceau de la peau du dos pour supprimer les plaques hystérogènes. »

Vous voyez bien, Messieurs, la différence énorme des opinions qui séparent les gynécologues des neurologues ; cette différence ne peut disparaître que lorsque les gynécologues, comme je vous disait tout à l'heure, se décideront à travailler de pair avec les neurologues. Il est indispensable que les premier soumettent à un examen rigoureux leurs malades pour voir si vraiment ils sont hystériques selon les données classiques des neurologues ; de l'autre côté, il faut que ces derniers ne négligent pas complètement la matrice qui a été respectée par tant de siècles, et alors nous serons en état de nous prononcer définitivement s'il y a une hystérie psychique, ou bien s'il y a aussi une hystérie utérine, alors, on pourrait distinguer ce qui est hystérique de ce qui ne l'est pas, alors nous pourrons nous débrouiller de cette confusion de la terminologie, neurose, hystérie, phénomènes réflèxes, etc.

Messieurs, je vous remercie bien pour votre attention bienveillante et je vous demande pardon d'en avoir abusé et de vous avoir fatigué pendant si longtemps.

Dr M. Logothétis.

HYGIÈNE SOCIALE

SUR LA PROPHYLAXIE DE L'ALCOOLISME.

(Suite et fin.)

Les femmes elles-mêmes tuent avec la même férocité ; elles apportent le même acharnement sur leurs victimes. L'une, qui se vantait un jour d'avoir bu quatorze verres d'absinthe depuis le matin, est frappée d'une attaque convulsive épileptiforme, après laquelle elle s'endort. Au réveil, le délire éclate, les hallucinations terrifiantes la poursuivent. Dans l'homme qui dort sur le lit, elle croit voir un voleur menaçant, elle s'arme d'une bêche qui se trouve là, elle lui brise le crâne, elle lui fracasse la mâchoire, elle lui hache l'épaule, le bras droit, et, lasse de frapper, elle prend sur la cheminée un rasoir avec lequel elle se fait à elle-même, au cou, une large entaille. Elle sort, on la trouve titubante, ensanglantée dans la rue et on la porte à l'Hôtel-Dieu. Ce n'est que le lendemain

(1) Charcot. Leçons de Mardi, Tome I, p. 53.

qu'elle peut dire son nom, qu'on découvre le cadavre de son amant et qu'on peut reconstituer la scène du meurtre.

Je ne veux pas, Messieurs, multiplier ces exemples, ils vous fatigueraient, et, par leur lugubre répétition, ils provoqueraient autant d'horreur que de dégoût.

Mais, si ces choses sont possibles, si on en peut déterminer la cause, si elles sont l'effet produit par *« ce qu'on boit »*, il faut, Messieurs, que sans nous lasser nous le disions assez haut pour qu'enfin on nous entende, on nous aide à prendre des mesures de salut public.

Que faut-il faire ?

Il y a trois ans, une Société à laquelle un grand nombre d'entre vous se fait honneur d'appartenir, la Société française contre l'abus des boissons alcooliques, mettait au concours la question suivante : « Etude des meilleurs moyens à prendre par le législateur ou par l'initiative privée, pour prévenir l'abus des boissons alcooliques et pour en combattre les dangers. » Nous avons eu la satisfaction de trouver dans un travail très intéressant, très documenté, auquel nous avons donné le prix que M. le Président de la République avait mis à notre disposition, le développement de toutes nos idées, toutes nos apirations.

Son auteur, M. le docteur P. Raymond, pensait avec nous que l'initiative privée devait préparer le terrain. C'est à elle qu'il appartient de faire pénétrer dans les masses des notions précises ; c'est dans les milieux ouvriers, surtout, que la question de l'alcoolisme et de ses dangers doit être présentée : et, quand on comprendra mieux de quelle importance peuvent être, pour l'individu, pour la famille, pour la société, les habitudes de sobriété, de tempérance, les esprits seront mieux préparés à accepter des mesures plus sévères que celles appliquées aujourd'hui, vis-à-vis et des débitants et des consommateurs d'alcool.

M. Léon Say, dans un rapport en 1888, disait, en parlant de la France : « Les sociétés de tempérance manquent d'initiative résolue ; qu'elles se multiplient, qu'elles se répandent de grandes villes dans de plus petites, mais actives partout. » Et il citait, comme exemples, la Suède et la Norvège, où elles ont obtenu des résultats dépassant toutes les espérances. Nous sommes bien loin de ces résultats heureux, mais, il faut bien l'avouer, cela tient à ce que nous sommes restés plutôt dans la théorie que dans la pratique.

L'heure est venue de faire plus et mieux.

Par quels moyens? par des conférences, faites dans une salle de la mairie, de l'école, s'adressant à tous, aux grands comme aux petits, au patron comme à l'ouvrier, à la femme elle-même, qui peut avoir sa large part d'inflence. C'est par les conférences que les esprits peuvent être le mieux préparés à comprendre l'utilité des mesures restrictives et prohibitives, qui, elles, ne peuvent être prises que par l'Etat. Nous, nous n'avons pas à nous occuper d'une question fiscale, mais d'une question d'hy-

giène sociale qui, à l'heure présente, nous avons le droit et le devoir de le dire, prime toutes les autres. L'alcoolisme, plus meurtrier, plus redoutable dans ses conséquences que les épidémies qui s'abattent sur une population, la décime : l'alcoolisme, lui, ne s'arrête pas dans sa marche envahissante, il s'étend, il dure, et la route qu'il a parcourue est jonchée de cadavres.

Après la conférence, le livre adressé à l'instituteur, à l'enfant, aux mères de famille, accessible à tous, reproduisant ce qu'il y aurait de meilleur dans les conférences, y ajoutant sous la forme anecdotique des exemples saisissants. J'ai nommé l'instituteur, c'est qu'en effet, Messieurs, nous ne saurions avoir de plus utile auxiliaire dans la lutte que nous devons engager. Ils sont tout prêts à venir à nous ; vous l'avez bien vu il y a quelques semaines quand le directeur d'une Ecole normale d'instituteurs, en province, est venu nous demander ce qu'il pourrait faire. Nous lui avons répondu avec empressement, nous lui avons envoyé des livres, des brochures, et nous lui avons dit : « Réprimer est bien, prévenir le mal est mieux encore : nous voudrions qu'on s'adressât à l'enfant, qui va chercher à l'école l'instruction et l'éducation morale. Nous voudrions qu'on lui enseignât le respect de soi, le respect d'autrui ; qu'on réveillât ce sentiment qui de plus en plus s'efface ; qu'on lui montrât les bienfaits de l'épargne, et qu'on lui répétât cette phrase de M. J. Simon : « Un vice coûte plus cher à entretenir qu'une famille. » On lui dirait que l'ivrognerie est un vice dégradant. Nous donnerions le conseil de tenter ce qu'on a fait avec succès en Belgique, la Ligue scolaire contre l'alcoolisme ; de dire à l'enfant : « Prends librement l'engagement de ne pas boire jusqu'à vingt ans. Tu peux contracter sans peine aujourd'hui des habitudes que tu garderas aisément dans l'avenir. Voilà l'engagement que tu peux prendre vis-à-vis de toi même, vis-à-vis de nous. Ne l'oublie pas. Si tu es sobre, tu resteras un homme honnête, juste et bon, utile à ton pays. »

Il me semble, Messieurs, que c'est à l'enfant que nous devons penser, surtout à l'heure présente. Cela n'empêchera pas de continuer la campagne auprès de l'adulte ; elle serait bien plus facile, si déjà nous tenions l'enfant sous notre main.

Vous avez trop présente à l'esprit, la magistrale communication de M. Richard pour que je revienne sur les mesures qu'il appartient à l'Etat de prendre. Je laisserai à notre savant collègue, M. Magnan, le soin de vous développer les idées générrles de son travail si complet sur la nécessité de la création d'asiles spéciaux pour les alcoolisés, je n'ai voulu que faire appel à l'initiative privée, et indiquer à larges traits ce qu'on pourrait attendre d'elle. Je ne doute pas des résultats qu'on obtiendrait, si une Société puissante, active, passant de la théorie à la pratique, fondait des lieux de réunion pour les ouvriers, où elle donnerait, à l'exclusion des boissons alcooliques, des boissons hygiéniques ; si, auprès des grands chantiers de travaux, elle établissait des cantines ; si, partout vigilante,

elle montrait que, sans esprit de lucre, elle n'a d'autre but que celui de protéger l'ouvrier contre les pires entraînements, de défendre contre la misère les familles menacées, et de conserver au pays la santé, la force de tous ses enfants.

C'est à cette grande œuvre d'hygiène sociale que l'Académie peut convier tous ceux qui gardent au plus profond du cœur le souci de l'avenir de notre chère patrie.

MÉDECINE PRATIQUE.

Consultations et ordonnances médicales.

Entérite aigue.

A. **Chez l'adulte.**

1° Diète lactée ou bouillon. Eviter le refroidissement : porter une ceinture de flanelle.

2° Prendre le purgatif suivant, et boire ensuite plusieurs tasses d'infusion de thé :

Sulfate de soude. . . .	*ââ* 20 gr.
Sulfate de magnésie .	
Eau	200 —
Essence de citron . .	V gouttes.

3° Le soir, si les coliques persistent, prendre, par cuillerée à soupe toutes les deux heures, la potion suivante :

Elixir parégorique. . . .	2 gr.
Julep	120 —

4° Calmer la soif eu prenant toutes les heures un verre de la limonade suivante :

Acide lactique	10 gr.
Sirop de sucre	100 —
Eau	900 —
Essence de citron	X gouttes

5° Si la diarrhée et les coliques persistent les jours suivants, prendre matin et soir un cachet contenant :

Salicylate de bismuth . .	0 gr. 50
Benzonaphtol	0 — 25

Pour un cachet N° 10.

6° Au moment des coliques, prendre une des pilules suivantes :

Poudre de Ratanhia . . .	0 gr. 10
— de cachou . . .	0 — 05
— d'opium	0 — 01

Pour une pilule. N° 10.

B. **Chez l'enfant.**

a) *Pendant l'allaitement.*

Surveiller le régime de la nourrice, ne pas permettre de boissons alcooliques, ni de mets épicés. Soupes, pommes de terre, lentilles, pois ; peu de viande et peu de vin. Exercice au grand air.

Régulariser les tétées ; une tétée toutes les deux heures. S'il y a régurgitation, éloigner les tétées.

Après chaque tétée, faire prendre, à la cuiller, un peu de lait de la nourrice coupé de quelques gouttes d'eau de chaux ou d'eau de Vals (Saint-Jean).

Si la diarrhée ne cédait pas, changer de nourrice.

Si l'enfant est au biberon, surveiller la propreté du biberon. Lait stérilisé ; pratiquer soi-même la stérilisation du lait en faisant bouillir au bain-marie le lait enfermé dans des flacons fermés par des rondelles de caoutchouc.

b) *Pendant le sevrage.*

Continuer l'usage du lait comme boisson ; diminuer progressivement le nombre des tétées et remplacer par des biscottes, des bouillies, du racahout, des œufs.

1° S'il y a diarrhée, recourir au régime lacté absolu. Couper le lait avec de l'eau de chaux.

2° Donner, par cuillerées à café toutes les heures, la potion suivante :

Elixir parégorique . . .	V gouttes.
Salicylate de bismuth . .	3 gr.
Eau de chaux	30 gr.
Sirop de grande consoude Sirop de cachou . . .	*ãã* 30 —

3° Faire des frictions sur le ventre avec de l'huile de camomille.

c) *Choléra infantile.*

1° Diète hydrique : Eau distillée, eau albumineuse, eau de riz.

2° Toutes les heures, donner une cuillerée à café de la potion suivante:

Acide lactique	2 gr.
Julep	80 —

3° Matin et soir, administrer un lavement d'amidon cuit dans lequel on ajoutera *deux gouttes de laudanum de Sydenham.*

4° S'il y a collapsus, plonger l'enfant dauns un *bain sinapisé,* pratiquer des frictions sur tout le corps et faire des injections sous-cutanées de 100 grammes avec le sérum artificiel suivant :

Phosphate de soude . . .	1 gr.
Chlorure de sodium . . .	5 —
Sulfate de soude	10 —
Eau distillée	1000 —

⁂

Diabètes.

I. Glycosurie simple.

1° Suivre rigoureusement l'hygiène alimentaire suivante.

Potage : Bouillon guas et soupes maigres aux choux, à l'oignon, aux poireaux et pommes de terre. Ces potages seront pris sans pain et sans pâtes alimentaires.

Insister sur les aliments gras, conserves (sardines à l'huile, thon à l'huile), etc. ; foies gras, rillettes, gras de jambon, charcuterie, beurre, etc.

Toutes les viandes sont permises : viandes de boucherie, gibier, volaille. Poissons ; crustacés et mollusques.

Pas de sauces.

Œufs.

Légumes verts permis : choux, choux-fleurs, choux-de-bruxelles, épinards, laitue, chicorée, pissenlit, artichauts, haricots verts, cresson, asperges. Autant que possible manger ces légumes bouillis.

Légumes sucrés interdits : carottes, navets, raves, betteraves.

Farineux absolument défendus : froment, seigle, maïs, pois, lentilles, fèves, châtaignes, pâtes alimentaires, (tapioca, vermicelle, semoule, macaroni).

Remplacer le pain de froment par du pain de gluten, de légumine ou d'aleurone.

Pas de pâtisserie, ni de chocolat ; pas de confitures, ni de fruits sucrés (abricots, pêches, poires, pommes, cerises, raisins). Autorisés : fruits secs (amandes, noix, noisettes) ; fromages fermentés.

Boire à sa soif aux repas du vin coupé d'eau de Vals (Saint-Jeau) ; thé et café.—Peu ou pas de lait. Pas de vins sucrés ; pas de bière.

Sucrer le café avec une pincée de *saccharine.*

Surveiller l'état général du malade et reprendre le régime habituel si la débilitation était trop grande.

2° Vie au grand air et éviter les préoccupations intellectuelles et morales. Exercices du corps : gymnastique, marches, équitation, bicyclette, escrime, jardinage, etc.

3° Faire chaque jour une lotion sur tout le corps avec une éponge trempée dans de l'eau tiède additionnée d'eau de Cologne. Après la lotion, friction sèche au gant de crin.

4° Pendant quatre jours par semaine, prendre trois pilules chaque jour de :

Extrait de valériane . . .	0 gr. 20 centigr.
— de jusquiame . .	0 — 02 —
— de thébaïque . .	0 — 01 —
Arséniate de strychnine .	0 — 001 milligr.

F. s. a. Une pilule. N° 50.

5° Faire tous les ans une cure à Vichy, Carlsbad ou Miers.

II. **Diabète arthritique.**

1° Suivre le régime précédemment énoncé.

2° Prendre chaque jour, à jeun, matin et soir, dans un verre d'eau de Royat, une cuillerée à café de :

Benzoate de lithine effervescent

3° Au moment du repas, prendre *six gouttes* de :

Liqueur de Fowler. . . . 20 gr.

4° Tous les ans faire une station à Vichy, Vittel ou Contrexéville.

III. **Diabète pancréatique.**

1° Ne pas maintenir le régime dans toute son intégrité ; n'éviter que les substances sucrées et les féculents ; autoriser le pain.

2° Prendre chaque jour deux cuillerées à soupe d'*huile de foie de morue.*

3° Tous les deux jours, pratiquer une injection hypodermique de trois centimètres cubes avec de *suc pancréatique* préparé selon la méthode de Brown-Séquard et d'Arsonval.

IV. **Diabète nerveux.**

1° Prendre chaque jour une douche froide, en jet et en pluie, d'une durée de quinze à vingt secondes. Frictionner ensuite tout le corps au gant de crin.

2° Pendant huit jours consécutifs, prendre une heure avant les deux principaux repas un cachet contenant :

Antipyrine. . . . . . 1 gr.
Bicarbonate de soude . . 0 — 50

Pour un cachet. N° 20.

3° Les huit jours suivants, prendre à chaque repas une pilule de :

Extrait de valériane. . . 0 gr. 20
Extrait de belladone . . 0 — 01
Arséniate de strychnine . 0 —001 milligr.

V. **Coma diabétique.**

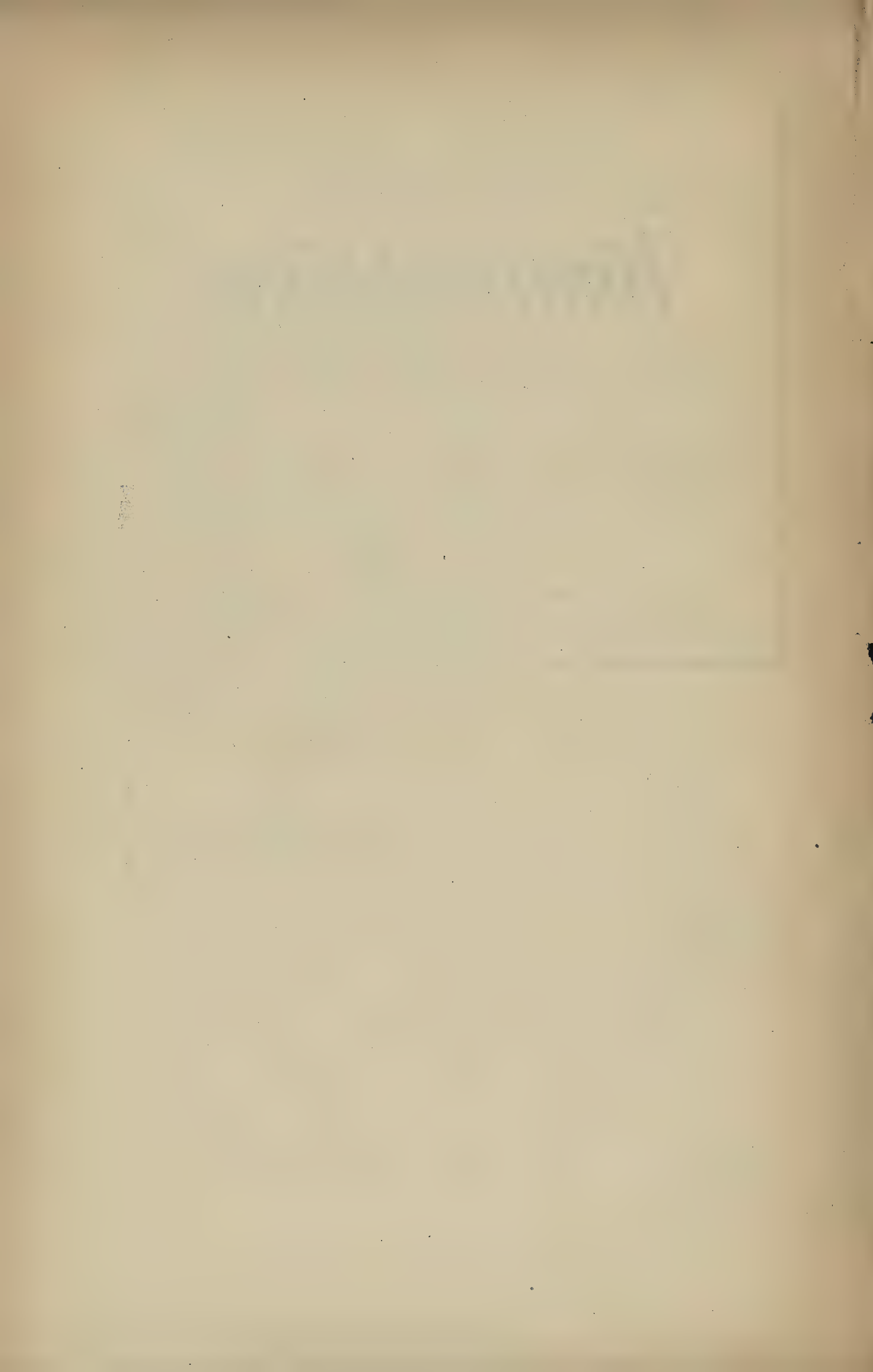
1° Donner du lait à boire abondamment ; perme-tre momentanément les féculents et les sucres.

2° Pratiquer matin et soir une injection hypodermique d'un centimètre cube avec le sérum artificiel suivant :

Phosphate de soude . . . 1 gr.
Chlorure de sodium . . . 5 —
Sulfate de soude . . . . 10 —
Eau distillée . . . . . . 100 —

3° Faire respirer toutes les heures un ballon de cinq litres d'*oxygène.*

A. M.



١ ــ اكر اسهال وار ايسه غدای لبنیٔ مطلقدن بشقه بر شیئه مراجعت ایتمامك وسودی مأكلسله تعدیل ایتمك لازمدر .

٢ ــ بهر ساعت جرع آتیدن قهوه قاشیغیله اعطا

اكسیر مسكن	٥ داملە
صفصافیت بیزموت	٣ غرام
ماء كلسی	٣٠ »
قرهقفس شروبی	٣٠ »
كادهندی شروبی	٣٠ »

٣ ــ بطن اوزرینه پاپادیه یاغی طلاسی

قولرای طفلی

١ ــ پرهیز ماء: ماء مقطر، ماء البومینی، پرنج صویی

٢ ــ آتیدهکی جرعدن هر ساعت بر قهوه قاشیغی

حامض لبن	٢ غرام
ژولب	٨٠ »

٣ ــ صباح اقشام ایكی داملە افیون روحی علاوه اولنمش نشاسته مطبوخیله برر تنقیه

٤ ــ ضعف عظیم ایسه چوجنی خردال بانیوسنه غطس وبدنك هرطرفنه دلكلر اجرا وبروجه اتی مصل صناعیدن ١٠٠ غرامنی تحت‌الجلد شرینغه :

فوسفوریت سود	١ غرام
قلور سودیوم	٥ »
كبریتیت سود	١٠ »
ماء مقطر	١٠٠٠ »

اكسير مسكن	٢ غرام
ژولب	١٢٠ »

٤ — عطش بهر ساعت شو ليموناطه‌دن ايچمكله تسكين ايتمليدر :

حامض لبن	١٠ غرام
شكر شروبی	١٠٠ »
صو	٩٠٠ »
ليمون روحی	٥ دامله

٥ — اكر اسهالات واوجعه ايام متعاقبه‌ده ينه مستدام اولمقده ايسه صباح اقشام بر ر كللاج شوندن :

صفصافيت بيزموت	٥٠ سانتغرام
بانزونافتول	٢٥ »

بهر كللاج ايچون — ١٠ نومرو

٦ — اوجعه زماننده حبوب آتيه‌دن بر عدد الملق :

راطانيا سفوفی	١٠ سانتغرام
كادهندی «	٥ »
افيون «	١ »

بوندن بر حب ايچون — بوكا مشابه ١٠ عدد

اطفالده — ارضاع زماننده

مرضعه‌نك استطعامنه دقت ومشروبات كئوليه ايله اطعمهٔ بهاريه اخذ ايتامسنه نظارت ايتمليدر . پاپاتسلی ، مرجمكلی ، نخودلی چوربالر، لحم وشراب جزئی اوله‌رق آچيق هوالرده رياضـات تلبن زمانلرينی تنظيم ايتمك و هر ايكی ساعتده بردن زياده امزرمه‌مكه رعايت و جشاآت ظهورنده بو فاصله‌لری براز دها تمديد ايتمك لازمكلور

هر بر امتلاجدن صكره مرضعه‌نك سودينی بر قاچ قطره ماء كلس ويا (والس) ايله كسديره‌رك اعطا واسهال ينه دوام ايتديكی حالده مرضعه‌يی تبديل ايتمك اهمدر

اكر چوجغه امزيك ويرلمكده ايسه آلتك طهارتنه اعتنا وسوديده قاوچوق مشتيلرله مسدود شيشه‌لر درونده اوله‌رق حمام ماريده بالتغليه تعقيمه دقت ايتمليدر

وقت فطـامده

سودك مشروبات كبی اعطاسنه دوام. امزرمه عددلرينك بالتدريج تنقيص وخدمت ايدن امزيريشلری بيسكوويتلر، ات صولری، يموړطه‌لرله تضمين واقامه ايتمليدر .

٢ — سكز كون متعاقباً وباشليجه طعاملردن اول بر كلالاج شو ترتيبدن

آنتيپرين	١ غرام
ثانی فحميت سود	٥٠ سانتغرام

بر كللاج ايچون — بوكا مشابه ٢٠ عدد

ينه سكز كون دوام ايتمك اوزره هر طعامده شوندن بر حب:

والاريان خلاصه‌سی	٢٠ سانتغرام
بللادون «	١ «
ارسنقيت استريكنين	١ ميليغرام

٥ سبات سكری

١ — بول بول سود ايچيريلمك. مواد نشائيه وسكريه‌يه موقتاً مساعده ويرمك

٢ — صباح اقشام مصل صناعی ايله بر سانتمترو مكعب تحت‌الجلد شرينغه ايتمك

فوسفوريت سود	١ غرام
قلور سوديوم	٥ «
كبريتيت سود	١٠ «
ماء مقطر	١٠٠ «

٣ — هر ساعت بش ليتره مولدالحموضه ايله مملو بالوندن تنفس ايتديرمك

*
* *

امراض جهاز هضميه

ذات‌المعای حاده

١ كاهلده

١ — پرهيز لبنی ياخود بويبون (ات صويی) تبرددن مجانبت، فانيله قوشاق باغلمق

٢ — اولا شو مسهلی ايچوب موٴخراً بر قاچ قدح چای ايچمك

كبريتيت سود	٢٠ غرام
كبريتيت مغنزی	٢٠ «
صو	٢٠٠ «
ليمون روحی	٥ دامله

٣ — اقشاملين، اكر وجع باقی ايسه هر ايكی ساعتده بر چوربا قاشيغی جرع آتی‌يی ايچمك :

ایچه‌بیلور قهوه وچایه ممنوعیت اولمدیغی کبی سود یا هیچ ویا پك از ایچدیرلملی شکرلی شربله بیرایه اصلا مساعده ایتاملی .

قهوه بر طوتام ساققارینله تسکیر ایدیله‌بیلمسندن محذور یوقدر .

مریضك حالت عمومیه‌سنه نظارتله هزالك فوق‌العاده‌لکی زماننده اطعمهٔ معتاده‌یه مأذونیت کوسترملیدر .

۲ — آچیق هواده تنزه وکافهٔ اشتغالات عقلیه ومعنویه‌دن مجانبت، ریاضات بدنیه: ژیمناستیق، مشي، فروسیت (آته بینمك)، مچ، بغچوانلق .

۳ — هر کون قولونیا صویی علاوه ایدلمش ایلیق صویه بر سونکر باطیره‌رق تکمیل بدنی یقامق وبعدالغسل قیلدن بر بزله دلوك یابسه اجرا ایتمك .

٤ — هفته‌ده درت کون کل‌یوم شوندن اوچ حب :

والاریان خلاصه‌سی	۲۰ سانتغرام
ژوسکیام «	۲ «
تبائیك «	۱ «
ارسنقیت استریکنین	۱ میلیغرام

بر حب ایچون — بوکا مشابه ٥٠ عدد .

۲ تبول سکر مفصلی

۱ — بروجه بالا بیان اولنان پرهیز غدائی‌یه مداومت

۲ — کل‌یوم آچ قارنه (صباح اقشام) بر قدح (رویات) صویی درونده برقهوه قاشیغی: بانزوات دو لتین افغروسـسانت

۳ — طعام زمانلرنده‌ده التی قطره : مایع فوولر ۲۰ غرام

۳ تبول سکر پانقراسی

۱ — پرهیز غدائی مشروحه‌یی تمامی تمامنه محافظه درجه‌سنده شدته لزوم اولمیوب اك زیاده اجتناب اولنه‌جق اغدیهٔ سکریه ایله نشائیه‌در. حتی اکمکك اکلنده بأس یوقدر

۲ — هر کون ایکی چوربا قاشیغی بالق یاغی ایچیریلملی

۳ — هر ایکی کونده بر (برونسقار) و(ارسونوال) اصولنه توفیقاً مستحضر عصارهٔ پانقراسیه‌دن اوچ سانتمترو مکعب تحت‌الجلد شرینغه یاپیلملی

٤ تبول سکر عصبی

۱ — هر کون اونبش یکرمی دقیقه امتداد ایتمك اوزده دوش و مؤخراً بدن سرت قیللی بر لیف ایله دلك ایدلملی

حامض بور	١٢	قسم
حامض صفصاف	٢	«
صو	١٠٠٠	«

انحلال حرارتده سريع اولوب بعدالتبرد ترسبده وقوعه كلمز .

(پول شرون)

﴿ زچته‌لر ﴾

امراض اغتدائيه

تبول سكر

١ تبول سكر بسيط

١ — حفظ الصحهٔ غدائئ آتی‌یه شدتله مطاوعت :

چوربا : ياغلی ات صويی، لخنه‌لی، صوغانلی، پراسه‌لی، پتاتسلی چوربالر . بونلرك كافه‌سی اكمكسز وهيچ بر خمير غدائی ايله اولميه‌رق اكل اولنمليدر .

اغديهٔ شحميه‌يه پك زياده ميلان وخصوصيله ياغلی جكرلر، صوجوقلر وتره‌ياغلرينه مداومت .

هر نوع لحمه مأذونيت : قصاب، طيور، وصيد لحملری . بالقلر : ذوالقشر و حيوانات ناعمه .

صالچه‌لره عدم مأذونيت .

يمورطه‌لر .

سبزه‌واتده دخی مساغ واردر: لخنه، قرنبهار، بروكسل لخنه‌سی، اسپناق، قيويرجق صلاته، هندبا، هندبای بری، انكنار، يشيل فصوليه، تره، قوش قونماز. اشبو سبزواتی ممكن اولديغی قدر مطبوخاً اكل ايتمليدر .

فقط سكری حاوی اولان سبزوات: (حاوچ، شالغم، طورپ، پانجار) غير مأذوندر هله نشاسته‌ليلر قطعياً ممنوع اولوب : بغدای، چودار، نخود، مرجمك، فصوليه، بقله، كستانه (تاپيوقا، شهريه، ايرمك، مقارنا) كبی اغديه دخی بو قبيلدندر . بغدای اكمكی يرينه غلوتن، سبزين وياخود آلورون اكمكی اقامه ايتمليدر .

پاسته، چيقولاتا، رچل وشكرلمه‌لر (قايصی، شفتالی، ارمود، الما، كراز، اوزوم) ويريلميه‌رك يالكز (بادم، فندق، جويز) كبی قورو ميوه‌لرله متخمر پينرلره مساعده اولنه جقدر غلبهٔ عطشده (والس ويا (سن ژان) صوييله قوپه ايديلمش شرابدن اثنای طعامده

موفق اولمشلردر. (ونترغرهئن) روحنك وصفصافيتك تحمضى ايله استحصال اولنان حامض صفصاف (٦٠) سانتغرام مقدارنده ايكن ظاوشانلرده هيچ بر آثار مضره وقوعه كتورميور. بونك كبى حامض صفصاف ايله مستحضر بر غرام طقسان سانتغرام صفصافيت سود دخى حيوانات مذبورهده براز انحفاض قوا ايله درجهٔ حرارتك جزئى برزوالندن بشقه بر فعلى حصوله كتورمز .

(٦٠) سانتغرام مقدارندهكى صناعى حامض صفصاف باسطهلرك فلجنى متعاقب اختلاجات وموتى داعى اولور. صناعى حامض صفصافدن مشتق صفصافيت سود ١ غرام ٨ سانتغرام مقدارنده حيوانات مزبورهنك سبب موتى اولور . (٢٤) سانتغرامنده ارقه اياقلرده بر فلج خفيف (٤٨) سانتغرامنده مانع حركاتى (٧٢) سانتغرامنده اطراف خلفيهنك فلج تاميله انهباط قوانك شدتى و ١ غرام ٨ سانتغرامده حس عضلينك ضياع كامليله برابر كافهٔ اطرافك بر فلج تامى نمايان اولوب حيوانده موآخراً هلاك اولور. صناعى حامض صفصافله اندن مشتق اولان سود ملحى مقادير كليهده قطعياً هالك محصولات مهلكهدندرلر. صناعى حامض صفصافك سالف البيان اتلاف ايتمك خاصهسى محصولك غيرصاف اولمسندن منبعث اولوب بوده محصول مذبوردن اليوم طبيعى غيرمعلوم برسم تفريق اولنمسيله تأييد قلنمشدر

بناءعليه اعطا اولنان ،قدارك نسبتى مافوقنده عوارض مهلكه حصولى كورنديكى وقايعده املاح مذبورهنك بالصناعى استحضار اولنديغى استدلال اولنمليدر . هر حالده صفصافيت سودى عظيم المقدار صو درونده تمييع ومقدار اصلى يى بو صورتله تجزيه ايتمليدر. والحاصل اكر دوايه مدت مديده دوام اولنهجق ايسه هضمى اخلال ايدوب ايتمديكى نظر امعانه النمق شرطيله طعام اثنالرنده ويرلمك مفيد وبرى المحاذيردر .

معمافيه (اوتو ماستبوم)ك فكرنجه محللات كئوليه صفصافيت سودك امتصاصنى تسريع ومايهسز اكسكلر، امتصاص مذبورى اخلال ايتمزلرمش . كئولك بر محلول متكاثفى امتصاصى از چوق دوچار بطائت ايلر .

شونى اخطار ايدهلمكه بر قسم حامض صفصاف حل اولمق ايچون ٤ الى ٧ قسم (٨٠) درجهلك كئوله عرض افتقار ايدر .

آنتيپرين ايله صفصافيت سود بر كللاج درونده وضع اولنهمز زيرا درحال زيتى بر ماده تشكل ايدرك تحلله پك سريع اولور حالبوكه محلول حالنده بونلرك ايكيسيده تخليط ايديلهبيلور .

حامض صفصاف بشيوز قسم صوده منحلدر. شو محلولى بر از حامض بور علاوه ايدرك دها تزييدايلمك ممكندر. (قارقاره) و(سزارين) ترتيب آتى يى تكليف ايتمشلردر

اعطاسندن صكره اكثريا مشهود ومعلوم اولان بر طاقم عوارض حقنده تطويل مقال ايلمك فكرنده دكلز .

شونى اخطار ايدرزكه بر ريح‌طيار مفصلی٘ حاد سيرى اثناسنده اعطا اولنان صفصافيتك يرقان توليد ايلديكنى (له‌يين) كورمش ومؤلف مومى‌اليه كوره صفصافيت طبق كبريتيت كنين كبى حمايى تشديد ايلديكنه قانع اولمشدر .

(ژيبسون) و(فلكم) صفصافيت سودك تقلص دائمی٘ حدقه‌يى منتج اولديغنى كورمش وفلج قزحيه، ضعف بصرايسه كثيرالوقوع بولنمشدر. (سقوف) ٤ الى ٨ غرام دوانك انزفهٔ لثانى مؤدى اولديغنى اثبات ايلمشدر .

اثار مسقطه‌سى وانزفهٔ رحميه‌يى مؤدى اولمسى ذاتاً معلوم عالمدر .

لخوسه‌لق حالنده بولنان التى عدد قادينده التى غرام صفصافيت سودك انزفهٔ مهلكهٔ رحميه توليد ايلديكنى (واكر) درميان ايديور . عسرت طمثدن بيزار قالان بش قادينه وجعك تسكينى ايچون اعطاى دوادن براز صكره اوجاع واضطرابات مذكوره‌يى محو ايتمكسزين عادات شهريه‌نك عودتنه خدمت ايتمشدر .

حامض صفصافك رحم اوزرينه دركار اولان تأثيرى پك چوق مؤلفينك مصدقيدر (بنز) طاوشانلرك حامله اولان ديشيلرى اوزرنده اجراى تجارب ايلمشدر وقايع مجربه‌نك ثلثنده حامض صفصاف حيواناتده سقطى موجب اولمش ايسه‌ده حيوانات مذكوره‌نك برودت عظيمه‌يه معروض بولندقلرينى‌ده علاوه‌يه لزوم واردر. (نبز)ك قولنجه سقوط وحمل كاذب ونزف رحمى‌يه مهيئه ومستعده قادينلرده صفصافيتى پك زياده اعتنا ودقت ايله اعطا ايتمك ملزوم كورنمكده‌در .

(لينارد) ريح طيارلى برقادنده هرنوقت صفصافيت آلسه عاداتنك موجماً رجعتنى كورمش وفقط دوانك شومحذورى براز چودار مهموزينك ضم وعلاوه‌سيله برطرف ايدلمشدر.

فقط برى طرفدن (شيللنغ) صفصافيتك عينى زمانده چودار مهموزيله مختلطاً اعطاسى علائم منحوسه توليدينه باعث اولديغنى اثبات وبر مهلك (ارغوتيزم) وقعه‌سنده (١٠٠ غرام صوده ٤ غرام) صفصافيتدن مستفيد اولديغنى اتيان ايلمشدر .

(واندن قورپو)يه نظراً حامض صفصاف اخذ ايدن خستكانك قوهٔ رجليه‌سى تناقص وحونيات منويه زير خورده‌بينده غيرمتحرك قالورلرمش. صفصافيت سود كافهٔ التهابات كليويه‌ده قطعياً استعمال اوله‌مز.

صفصافيت سودك بعض نقاط اسپنچاريه‌سنى مسكوتاً لحمكى تجويز ايده‌مدك .

(شارته‌ريو)ايله (ماكانئون) حامض صفصاف طبيعى ايله صناعيسنك اثارينى مقايسه‌يه

(لتيل) صفصافيتي شقيقه‌ده توصيه ايديور. بر غرام يكرمى‌بش سانتيغرام صفصافيتله بر طاتلى قاشيغى ليمونيت قهوه‌ئين بر قدح صوده حل ايديلوب صباحلين آلتور مقدار مذبور هر ايكى ساعت تكرار ايديلمليدر . فقط دوانك شقيقه‌ده‌كى فعلى غيرثابتدر (لابه) داخلاً (٢٤ ساعتده ٤ غرام) النسان صفصافيتك بورقلمه اوجاغنى سريعاً و كاملاً ازاله ايتديكنى مشاهده ايتمشدر .

استعمالات مختلفه‌سى — (درسن) داءالرقصى صفصافيت سودله تداوى ايدوب بونكله ادويهٔ سائرهٔ معلومه‌دن زياده نائل موفقيت اولديغنى ادعا ايتمشدر وصورت اعطاسى ايچون قلوى قلنمش صو درونده فقط قليل‌المقدار اوله‌رق سكز اون كون مداومت اولنمغى مشروط كوسترمشدر .

مع‌مافيه (ژرمن‌سه)يه نظراً صفصافيتك داءالرقص اوزرنده هيچ بر فعلى يوقدر . (راندول) صفصافيت سودله تداوى واشفا اولنمش بر كثرت تبول مشاهده‌سى نشر ايتمشدر. مريضك ادرارى يكرمى‌درت ساعت ظرفنده طقوز بچق ليتره‌يه بالغ اولورمش طبيعى بو بابده بر چوق ادويه‌نك استعمالندن ناامید قالندقدنصكره (٢٤) ساعت ايچون اللى سانتيغرام مقدارنده اعطا اولنان صفصافيتدن پك سريع بر صلاح مشهود اولمش و مريض بالاخره تماماً شفاياب اولمشدر .

ذات‌اللوزه‌ده (ووست ترتيب آتى‌يى توصيه ايتمكده‌در .

حامض صفصاف	٨ غرام
ثانى فحميت سود	٥ »
غليسرين	١٠ »
او دو مانت پو آوره	٩٠ »

هر اوچ يا درت ساعتده بر طعام قاشغى اخذ اولنه‌جقدر .

مداوات صفصافيه‌يه بر خيلى زمان مداومت اولندقده عسرت طمث وعدم طمثده بيله فائده استحصال ايديلور .

معند ين نزله‌لرنده هر اوچ درت ساعتده بر طاتلى قاشيغى شو جرحدن الثمق توصيه ايديليور :

صفصافيت سود	١٥ غرام
پورتقال شروبى	١٥ »
او دو مانت پو آوره	٩٠ »

حامض صفصاف و صفصافيتك بادى اولديغى قضايا و عوارض — صفصافيتك

تعممی حقنده حکومتجه اتخاذ ایدلمسی لازمکلان تدابیر شدیده حقنده‌کی مطالعات علویه‌سی معلوم عالیلریکز اولدیغندن بو بابده بر سوز سویله‌مکه لزوم کورمم، زیرا داءالکئوله متعلق مهم بر اثرنده کئولزده‌لر ایچون مساکن خصوصیه‌نك احداثی لزومنی درپیش ایدن محترم مسلکداشمز موسیو (مانیان) ده بو بابده ایضاحات لازمه‌یی ویره‌بیلور. شو قدرکه اکر مقدم فعال وهر دائم فعلیاتله اوغراشان بر جمعیت تشکل ایدر و بونلر عمله‌لر ایچون مشروبات کئولیه‌نك ممنوع بولندیغی بر طاقم محللر تأسیس ایلر ایسه از زمانده پك عالی نتیجه‌لره دسترس اولنه‌جغنه شبهه بیله ایتمم. بونلرله برابر هر طرفده متیقظانه مآثر علویه کوستره‌ك وافعال مذکوره‌نك هیچ بر منفعت مخصوصه‌یه مبتنی اولمدیغنی اظهار ایلمك شرطیله بو قدر کلفتلردن مقصد اساسیسنك محضا فقرا کروهنی الوده اولدقلری مذلت وخرابیتدن وقایه و حمایه و وطنك چولوغنی چوجغنی تهدید ایلیان سفالت وذلت مهلکندن صیانت ایچون اولدیغی عالمه بالفعل اکلاتمق مشروطدر

اشته عزیز وطنمزك استقبالنه دائر اولان اضطراب انکیز اندیشه‌لرله دلخون اولان (انجمن طب) صحت و سلامت عمومیه نامنه خدمت ایده‌جکلری از دل و جان تقدیر و بو امر خیر اوغورنده موفقیتلرینی خلوص بال ایله تمنی ایلر.

(تریبون مدیقال)

حامض صفصاف و صفصافیت سود

(مابعدی و ختام)

مؤلفین سائره تبول غلیقوزك وكثرت تبولك تناقصی حقنده بسط قدم ایتمشلردر. (فرانج) صفصافیتله نتایج منفیه استحصال ایتمشدر. (لوقورشه) و(دریفوس بریزاق) دوای مذبوری انجق (Uricémique) اولان دیابیطسیلرده مستطب عد ایدیررلر بو تقدیرجه ۳ : ٤ غرام مقدارنده اعطاسی کافی کوریلور. اکر دیابیطسی عوارض الام عصبیه ایله مترافق ایسه صفصافیت بو حالده بر دوای مسکن اعصاب کبی تأثیر ایدر. صفصافیت اخذ ایدن اشخاصك ادرارلری (مایع فهلنکی) تحویل وبو صفت دوانك اخذندن ٦٠ ساعت صکره بیله ینه مستدامدر.

مسکن اعصاب کبی اولان تأثیری صفصافیت بعضکره الام عصبیه اوجعه‌سنده مسکن کبی عامل اولور. سئللر — الام ورکیه و فلوج وجهیهٔ جدیده‌ده بو دوا ایله احراز موفقیت ایلمشدر. صفصافیت بعض احوالده دیابیطسلیلرك اوجعهٔ راحمه‌سنی تسکین ایدرسه‌ده بو خصوص ایچون دوانك مقادیر عظیمه‌ده اعطاسی لازمکلور.

عمومی و مؤثر قونفرانسلر، حکومتك شدت انضباطیسیله مستدام اوله‌جق قیودات و تدابیرك درجهٔ لزوم وفائده‌سنی افکار عمومیه‌یه برلمشدیرر. بز مسئله‌نك حکومتك وارداتنه متعلق جهتنی نظر اشتغاله الیوب بلکه کافهٔ خصوصاته مرجح وذاتاً شایان تقدیم اولان صحت عمومیه‌نك دوام امنیتله اشتغال ایتمکده‌یز. داءالکئول نتایج جهتله بر جمعیت بر ملتی پامال هلاك ایدن بر استیلادن دها بدتر بر عاقبتله متصف ودها خونریز ومهلکدر داءالکئول طریق استیلاکارانه‌سنده توقف ایتمیوب بلکه هر آن انتشاره ساعی وثابت اوله‌رق هله طولاشمش اولدیغی طریق اجساد ایله مشحوندر بنابرین بو قونفرانسلر-دنصکره مذکور نطقلرك سلیس وبلیغلرینی مؤثر وغیرتجسس امثال مؤله شکلی تحتنده برر اثر صورتنه بالتحویل چوجق مربیلرینه، عائله مادرلرنه وکافهٔ لزوملیلرینه داغتمق لازمه‌دندر. افندیلر، مربی دیدیکمه تعجب ایتمیك زیرا درعهده ایتدیکمز شو مشکل مجاهده بزه اك قوتلی دستکیر ویا بر معین وارسه اوده بونلردر. حتی بوندن بر قاچ هفته مقدم جمیتمزه بر مکتب مدیری کله‌رك عینی مسئله حقنده نه تدبیر اتخاذ ایتمسنی بزدن استمزاج ایتمش اولدیغی حاطر نشانکزدر ظن ایدرم. کندیسنه سعی واهتمام تام ایله اعطای جواب وبوکا دائر بر چوق کتب ورسائل ارسال، ایلدکدنصکره شفاهاً دیدیکزکه «زجر وتضیق ایودر فقط بر سؤ حالك اولدن اوکنی المغه چالشمق دها مصیب و دها اولادر. بنابرین اول امرده مکتبده تعلیم وتربیهٔ فکریه ارایان چوجقدن باشلمق ایسترز بونلره کندیلرینه و همجنسنه حرمتی اوکرتمك ایسترز. اشته مرور زمان وترقیٔ سن ایله سیلنان بو حس نجیب دائما انلرك درونده اشعال اولنملیدر. بوندنبشقه اداره وتصارفك فوائد لاتحصاسی کندیلرینه کوستریله‌رك موسیو ژول سیمونك شو جمله‌سیده اره صره فقط بلاارام تکرار اولنمق لازمدر: «بر عیب بر فاملیانك ضبط واداره‌سندن دها غالبدر» والحاصل چوجقلره عیاشلغك قدر وحیثیتی اخلال وپامال ایدیجی بر ذمیمه‌دن اولدیغنی اکلاتملی، بوندن فضله بلچیقاده نتیجهٔ مفیده‌سی کوریلان وصایای آتیه‌یی‌ده درمیان ایتملیدر: «یکرمی یاشنه قدر قطعیاً اچمامکی علناً تعهد ایله، استقبالده بیله محافظه ایده‌جکك عادات حسنه‌یی دها بوکوندن سهولتله کسب ایده‌بیلورسك. اشبو بالذات کندینه قارشو ایده‌بیله‌جکك تعهدی بزم قارشومزده ایتدیکنی اونوتمه! اکر قناعتکار ایسه‌ك مملکتنه خادم ومفید، غایت عادل، نجیب، محترم وناموسلی بر ادم قالورسك.»

افندیلر، فن زماننا دکل بلکه شو ساعتده بیله دوشونمه‌مز اقتضا ایدن فرقه اطفالدر بو تقدیم تصور، هیچ بر وجهله حائل مقصد اولمز. زیرا بر کره اطفالی دست حکممزه الورسه‌ق نتیجهٔ حاله نائلیت قولایلشور. موسیو روشارك داءالکئولك منع

ایتمك ایستهمم زیرا بونلر یالکز سزجه تعباور اولمقله قالمیوب بلکه عینی دمده عالم انسانیتك بر قطره زهرك حكم اسائتی التنده اوغرادیغی فلاکتلردن بلکه دهشتیاب اولورسکز .

فقط مادامکه بو ماجرای مؤلمه وقوعیافته اولوب ومحضا (نشئه ایچون ایچیلان بر صهبای صفاآلود)ك تأثیر مشئومی تحتنده تکونپزیر اولمقدهدر، اویله ایسه امثالنی تکثیر ایله تأثیر عمومییی ایقاظ ایتمکدن ایسه صحت عمومیهنك محافظهسی اسبابنه توسلده معاونت عمومیهیه مراجعت ایتملیدر. بو مقصده وصول ایچون نه یاپملیدر ؟

بوندن اوچ سنه اول مشروباب کئولیهنك سؤ استعمالنی منع وچارهساز اولمق نیت انسانیتکارانهسی فرانسزلردن مرکب بر جمعیت تشکل ایتمشدیکه حضورلرنده بولندیغم شو ذواتك اکثریسیده جمعیت مذکورهیه داخلدی. اشته او زمان جمعیت اولباول شو مسئلهیی وضع موقع بحث ایلمشدی. اشته حیات عمومیهنك زوالنی مؤدی اولان بو سؤ حالك اسباب دفعیهسی حقنده غایت تفصیلاتلی ومکمل بر اثر بیله وجوده کتیرلمش وبونك مؤلفی مسابقت خصوصیهنك وجودینی ملزوم کوسترمشدر . داءالکئول مسئلهسنك الك زیاده جای تأمل اولدیغی ادملر، بالخاصه عمله کروهی اولدیغندن هرشیدن قناعت، واعتدالدن بر شخص، بر عائله، بر جمعیت ایچون نه کبی محسنات وفوائد تولد ایدهجکی غایت جید وپارلاق برصورتده افهام ایدلدیکی صورتده اشبو ندالره مخاطب قالهجق افکار عادیه بیله بالجمله مسکرات صاتیجیلری حقنده بوکون پك کوزل تطبیق اولنان تدابیر ممنوعیهنك الك شدتلیلرینی بیله قبوله احضار ایدلمش اولور .

(لئون سی) ۱۸۸۸ تاریخلی راپورنده فرانسهدن بحث ایدرکن دیمشدرکه « اعتداله تشویق ایچون وجودی الزم کوریلان جمعیتر عالمه امثال اولمق خصوصنده پك نقصاندرلر بونلر چوغالملی، بیوك شهرلره الك کوچك اماکنه وارنجیه قدر داغیلوب فقط هریرده فعالانه اجرای حکم ایتملیدرلر . »

حتی بو بابده اسوچ نوروچی مثال اولهرق استشهاد ایدوب ملل مذبورهنك مافوق الامید نتایج حسنهیه دسترس اولدقلرینی ثنا ایتمشدر. بزایسه ایواهکه بویله نتایج مسعودهیه نائلیتدن بعید بولنیورسهقده فقط بونکده محضا فعلیاتدن زیاده نظریات وقول مجردده قالدیغمزدن نشأت ایلدیکنی اعتراف ایتملیز .

اشته ارتق هر شیئك الك مستحسنی ومصیبنی اجرا ایتمك زمانی کلدی .

قنغی وسائط وتدابیرله ؟ شهر امانتنده، مکتبده والحاصل هربر محلهده سن، جنس، موقع رتبه فرقلرینه باقمقسزین عمومی نطقلر نصیحتلر وصایالر اجرا اولنملی. زیرا بویله

اولديغنى ذكر ايتمش وبناءعليه اختناق رحم رجلينك سن شيخوختده منطقى اولمسى حكمنى اتيان ايلمشدر. بنابرين كرك اختناق رحم نسائى وكرك رجليده اعضاى تناسليه‌نك معاينه‌سى مطلوب وملتزم كورنديكى ومناطق مولد اختناقيه‌يه هر دائم اقسام تناسليه اوزرنده تصادفك راستكله بر كيفيت تلقى ايدلمامسنى جاى دقت بر جهت عد ايديورم.

شمديده (سالپتريه‌ر) سالكلرينك جملهٔ منقولاتندن اولوب اكثريا اختناق رحمك عادات شهريه ظهورندن اقدم وبعدالانقطاع طمث نمايان اولمسى قضيه‌سى حقنده برايكى سوز سويليه‌يم.

حصول اختناقده هر دائم بو ايكى دورى خصوصى كبى ارائه‌دن مقصد تكون مرضده اعضاى تناسليه‌نك كويا هيچ بر فعلى اولمديغنى تأييد ايتمك ارزو اولنمسندن نشئت ايديور. كرچه اعضاى تناسليهٔ نسا يالكز بر الت شهوت وبر عضو باه كبى نظر اعتباره النورسه استنتاج واقعك بر قيمت عظيمه باهره‌سى اولور. لكن اطفالده بيله همده دها عادات شهريه‌نك ابتدارندن اقدم نيجه افات اعضاى تناسليه‌يه تصادف اولنديغى (انقلاب خلفئ رحم) وخصوصيله (كيس مبيض) كبى نيجه‌لرينك دخى ولادى بولنديغى وطمثك انقطاعندن صكره‌ده ينه بو نسبتده وبلكه‌ده بوندن فضله‌لرينه راست كلنديكى چشم اعتباره النجه نتيجهٔ مذكوره‌نك قيمتى پك قليل قالمزمى ؟

بر چوق امراض عصبيه متخصيصنك اختناق رحمك رحم ايله هيچ بر علاقه ومناسبتى اولمديغى حقنده ايراد ايلديكلرى ادله وبراهينى بوندن اقدم نساره تعداد ايتمش ايدم. بونكله برابر بو ادله‌نك دها بر چوق نقايضى بولنديغى‌ده اثباته صرف مقدرت ايلدمدى.

لكن رجا ايدرم افنديلر (سالپتريه‌ر) مكتبنك قدوهٔ بانى اولان مشهور شارقونك مؤلفات قديم‌الاحكامنده افكارينه غيرممتزج كورديكم بر قيدى حضوركزده عرض ايتمكلكمه مساعده بيوريكز.

معلومكزدركه شارقو وتلاميذى بر چوق علل وامراضى اختناقله تخليط ايدنلرك خطالرينى كاهى حقهسا بعدالاظهار بر طاقم دلائل تقنيهٔ منوره ايله بونلرك تفريقه نزلرى دسترس ايتمشدر. دلائل مذكوره ايسه دمنجكده تعداد ايتديكم وجهله نصف بطلان حس، بطلان حس، افراط حس، فلوج، تقلصات، نقاط موجعهٔ ثابته، نقاط مولد اختناقيه (كه الك برنجيسى مبيض اوليور) كبى بر اختناق رحم موضعى‌ايله اختناقليلرك حالت واصفهٔ اختلاجيه‌سندن عبارتدر. كرچه بو قدر فنى وواصف بر حجت تشخيصيه‌يه رغماً ينه كندى اثرى اولان الواح علائم مرضيه‌ده بو بياناتيله تمامها توافق ايتميان بر

شو قضیه بك جای استغرابدر، زیرا کرك شارقو وکرك تلامیذینك اثارنده صاحبلرینك حقیق بر آفت تناسلیله معلولیتنه اصلا اشتباهه محل براقمیان بر چوق الواح مرضیه‌یه تصادف اولندیغی حالده مؤلف مومی الیه ینه بر معاینهٔ موضعیه اجراسنده تکاسل تام کوسترمشدر. خسته‌لرندن بری حقنده درمیان ایلدیکی سوزلری اشته بوراده مثال طریقیله درج ایدیورم: «او وقته قدر منتظم السیر اولان عادات شهریه دوچار اختلال، ومریض زمان بزمان قیئات دمویه‌یه کرفتار اولور، عظیم بر درجه‌یی بولان طبل بطنی، مبیض یسرا ناحیه‌سنده شدید بد وجعه مترافق اولوب ناحیهٔ حثلی‌یه منتشر اولور احتساسات خصوصیه‌ده موجود بولندیغندن مریض حملاتینك اکثریسندن دها اولجه خبردار اولور وهمان عینی زمانده احتیاس بول دخی مرافقدر . »

اشته ایستر شارقو طرفندن ایسترسه تلامیذی طرفندن نقل اولنمش دها پك چوق الواح مرضیه‌یه تصادف اولنور .

افندیلر شارقونك بو قدر دقیقه‌بینانه اولان تحریاتنك هنوز نقصان بولندیغنی ادعایه حقم یوقمی‌در سویلیك. شو سؤاله ویره‌جککز جوابی بیلیورم اختناق رحم رجلیدن بشقه اختناق قبولی جائز کوریله‌میوب حتی علت مذبور اطفالده عادات شهریه‌نك ظهورندن اقدم وقادینك ایسه تام انقطاع طمث زماننده نمایان اولور دیه‌جکسکز. فی الحقیقه اشبو قواعد اساسیهٔ فنیه‌یی کیمسه انکاره جرأت ایده‌مز. حالبوکه بهرسه یالکز اختناق رحم یکانه وغیر قابل تقسیم دکلدر دیمشدم فقط بری اعضای تناسلیه آفاتندن ودیکریده شارقونك وضع واستعمال ایلدیکی معناده اوله‌رق (روحی الشکل) اولمسنده‌کی احتمال غالبدر اختناق رحم رجلی‌یه کلنجه وشارقو وتلامیذینك اثارینی حین تتبعمده تصادف نظرم اولان خصوصی عرض ایتمکدن کندمی الامدم .

ارککلرده‌کی اختناق رحم ایچون مناطق اختناقیه همان دائما بعضاً خصیه بعضاً جلد صفن اوزرنده، دها اکثریتله حفرات خرقفیه اوزرنده، تصادف اولنورکه بو تقدیرجه مبیض بالطبع بوراده داخل حساب اوله‌میه‌جغندن مناطق مذبوره‌یی حبل منوی مسیری اوزرنده ارامق لازمکلدیکی فکری تماماً نمایاندر. حتی بالذات شارقونك استشهاد ایلدیکی (مور) نامندکی بر شخصده ناحیهٔ حرقفیهٔ یسرایی اشغال ایدن یالکز بر نقطهٔ مولد اختناقیه موجود ایمش .

اشبو وقایعی نظر امعان وتدقیقه النجه اشخاص معلومه‌نك اعضای تناسلیه‌سنی (حالت مرضیه نقطهٔ نظرندن) تحت معاینه‌یه المق معقول کورنمیورمی ؟ حتی یوقاریده بیان اولنان ایکی اختناقلیلر ایچون شارقو بیله برینك استمنأ بالید ودیکرینك نسوات مبتلاسی

طفوزنجی سنه　　نومرو ۱۱۲　　۱ تموز ۱۳۱۱

جریدۀ امراض الصحه

عسکریه و ملکیۀ دولت علیۀ عثمانیه

(مندرجات): اختناق رحم (مابعد)، — داءالکئولك واقیه‌سی (مابعد وختام)، صفصافیت سود (مابعد وختام)، — رچته‌لر.

اختناق رحم

درسعادت جمعیت طبیه‌سنك ۳ مایس اجتماعنده قرائت اولنمشدر.

— مابعد —

افراط حسیتك بروجه بالا عرض اولندیغی اوزره مناز ع فیه بولنمسی و بو عدم ائتلافك دخی بی‌ثمره ونتیجه‌سز تلقی ایدلمسی محضا، مهبل طریقیله اجرا اولنه‌جق بر تضییقده، عضلات، جلد واعضای سائره‌نك تشویشاتی برطرف اولوب وبو صورتده بر طاقم فرضیات ودلائل نظریه‌دن استعانه‌یه حاجت قالمزدی حالبوکه بونجه اغلاقی ازاله و نقطۀ حقیقته الك کسدیرمه بر طریق ارائه و بونکله برابر اجراسیده او نسبتده سهیل اولان بویله بر تجربۀ عملیه اجرا اولنمامسندن طولایی پك تعجبده‌یم.

اشته شارقو وکافۀ امراض عصبیه متخصیصنی دائما (بیمانوئل) اوله‌رق یاپلمسی لابد اولان بو مثللو بر معاینۀ نسائیه‌ده کلیاً تجویز تسامح و بو مناسبتله حفرات خرقفیه‌لرك افراط حسیتی حقنده‌ده فکرمجه بر ذهاب سقیم اختیار ایتدکدنصکره اختناق رحمك کیفیت تکوننده اعضای تناسلیه‌نك تأثیر مخصوصنی‌ده قطعیاً انکار ایتمشلردر. فی‌الحال

نومرو ۱۱۲ طقوزنجی سنه



۱ تموز ۱۳۱۱

جریدهٔ امرا الصحه

عسکریه و ملکیهٔ دولت علیهٔ عثمانیه

[illegible] به

[illegible] پاشالر حضرتیله دوقتور پاردو، [illegible] علیه [illegible] حقی افندیلر

کاتب

دوقتور [illegible] ive de Vi[illegible] دوقتور مارقوسیان

[illegible] اف و [illegible]

[illegible] یه‌سی

جمعیت طبیهٔ شاهانه‌نك بولندیغی [illegible] پك‌اوغلنده سقا سوقاغنده آصمه‌لی چیقمه‌ده

اعلانات و آبونه خصوصاتی [illegible] جریده «آ. خریستیدیس»ه مراجعت اولنمالیدر

غلطه‌ده [illegible] جاده‌سنده نومرو ۱۹

آبونه شرائطی

بر سنه‌لکی استانبول ایچون ۳۰ و ولایات ایچون ۳۶ غروشدر ممالك اجنبیه ایچون ۸ فرانقدر

(آ. خریستیدی مطبعه‌سی)

درسعادت غلطه‌ده وویووده جاده‌سنده نومرو ۱۹

— ۱۸۹۵ —

9me ANNÉE. — No 113.



1/13 AOUT 1895.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

DE L'EMPIRE OTTOMAN.

BUREAUX DU JOURNAL :

AU LOCAL DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE, ASMALI TCHIKMA, SAKA SOKAK, PÉRA
CONSTANTINOPLE.

POUR LES ANNONCES ET ABONNEMENTS
S'adresser à l'Éditeur A. CHRISTIDIS
19, Rue Voïvoda, Galata, Constantinople.

PRIX DE L'ABONNEMENT PAR AN

Constantinople : 30 Ptres. — Provinces : 36 Ptres. — Étranger : 8 Francs.



CONSTANTINOPLE,

Imprimerie A. CHRISTIDIS, 19, Rue Voïvoda, Galata.

1895.

(اقزالترینلی بلانقا محلولی وقومپر یمه‌لری)

الام عصبیه ، عضلیه ، سینیه ، غضروفیه ، ذات المفصل الخ .

9me ANNÉE № 113 1/13 AOUT 1895.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES
DE L'EMPIRE OTTOMAN.

CANCER DU RECTUM.

Extirpation de l'anus et du rectum par la méthode sacrée (KRASKE-BARDENHEUER). — Etablissement d'un anus sacré. — Guérison

(Communication faite à la séance du 10 Mai 1895.

J'ai l'honneur, Messieurs, de vous présenter un cas de cancer du rectum guéri par l'opération de Kraske.

Miguirditch, âgé de 45 ans, libraire, entre à la clinique chirurgicale de l'Ecole Impériale de Médecine le 25 Décembre 1894, pour se faire traiter d'une fistule à l'anus, intarissable. Ses antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier, non plus que ses antécédents personnels. Pas de syphilis, pas de tuberculose. Mais il est emphysémateux depuis une dizaine d'années.

DÉBUT : Il y a trois, le malade a eu un abcès périanal, près du coccyx, abcès qui fut alors incisé, resta fistuleux pendant assez longtemps et se cicatrisa spontanément. Un an après, un autre abcès se forma au même endroit et fùt traité par le Dr Kambouroglou à l'hôpital allemand. Mais, depuis ce temps-là, la fistule ne s'est pas fermée, de telle façon qu'il y avait un écoulement continuel de pus, de matières fécales et d'une sanie fétide. Depuis quelques mois, le patient est affecté d'une diarrhée persistante avec de la constipation de temps à autre et des douleurs violentes.

ÉTAT ACTUEL : A l'inspection de la partie malade, on remarque près du coccyx l'orifice externe d'une fistule communiquant avec le rectum ; la région coccygienne est un peu dure et douloureuse à la pression. Le malade étant assis ou couché sur le dos, la douleur augmentait à tel point

que dans ces derniers temps il était obligé de se mettre toujours sur le côté ou sur le ventre. Il existe en outre des douleurs s'irradiant vers le sacrum et le ventre et presque continuelles. Le toucher rectal, qui est très douloureux, nous montre une tumeur siégaant à 3 centimètres de l'anus, dure, ulcérée, saignant facilement et occupant la paroi postérieure du rectum. Elle présente à son milieu une excavation au fond de laquelle on sent le bout du stylet qu'on engage par l'orifice externe de la fistule.

La tumeur ne glisse pas facilement ; elle est presque fixe et adhérente aux parties avoisinantes ; avec l'index on arrive à peine à préciser sa limite supérieure. Elle n'est pas annulaire et respecte une partie de la paroi antérieure de l'intestin. Toutes ces explorations sont horriblement douloureuses. Il n'a presque pas de rétrécissement du rectum. A cause des douleurs,la défécation est très pénible. Le malade éprouve des besoins très fréquents d'aller à la garde-robe. Les matières fécales et la sanie fétide s'échappent presque constamment par l'orifice externe de la fistule ; les matières fécales rendues par l'anus sont quelquefois sanguinolentes et sanieuses. Malgré un examen minutieux, on ne trouve aucun engorgement ganglionnaire. En somme. l'état général n'est pas satisfaisant. Il a beaucoup maigri depuis quelques mois et perdu notablement l'appétit et le sommeil qui est interrompu par des douleurs violentes. Rien de particulier du côté du foie, de la rate et des reins, l'examen des urines ne montre rien d'anormal.

Diagnostic : Cancer extra-péritonéal du rectum siégeant au-dessus de l'anus, occupant la paroi postérieure du rectum et communiquant à l'extérieur par uue fistule. L'extirpation pratiquée le plus largement possible s'imposait ; comme le néoplasme descendait trop bas, l'anus devait être sacrifié. Aussi ai-je renoncé à rétablir la continuité du canal intestinal et décidé d'établir plutôt un anus sacré par la méthode de Kraske modifiée par Bardenheuer.

D'ailleurs, le malade demandait à être débarrassé le plus tôt possible de sa terrible affection et réclamait très énergiquement l'intervention chirurgicale.

Opération : Le malade fut mis,pour quelques jours, au régime lacté; on lui administra des lexatifs et du naphtol ; le rectum fut régulièrement irrigué avec des solutions boriquées et la région anale méthodiquement pansée. L'opération est pratiquée le 7 Février 1895, à la clinique chirurgicale de l'Ecole Impériale de Médecine. Anesthésie au chloroforme, lavage et désinfection très minutieux de la région ano-rectale.

Le malade est placé dans la position de la taille périanale, c'est-à-dire couché sur le dos avec les cuisses fléchies en abduction et les genoux

pliés sur les cuisses. Je fais une incision circulaire périanale, à quelques millimètres en dehors de l'orifice anal. Cette incision est complétée par une seconde longitudinale postérieure, remontant jusqu'au milieu du sacrum et passant sur le côté gauche de la fistule. Une troisième va du sacrum à l'incision circulaire, en passant sur le côté droit de l'orifice fistuleux, de façon à tailler un lambeau qui comprenne le sphincter anal, la fistule et la peau de la région coccygienne qui présentait une certaine infiltration néoplasique. Après avoir mobilisé mon lambeau, en ayant bien soin d'éviter, autant que possible, d'inciser les parties infiltrées du carcinome, pour empêcher le contact des liquides putrides de la surface du néoplasme avec la plaie opératoire, je fis coucher le patient sur le côté gauche, cuisses fléchies et tronc fortement incurvé en avant. Avec un fort bistouri, je mis à nu la face postérieure du coccyx et le segment inférieur du sacrum en détachant les insertions des muscles fessiers. Après avoir divisé les petits ligaments sacro-sciatiques et les muscles ischio-coccygiens sous-jacents, j'ai désarticulé le coccyx qui présentait une certaine adhérence aux parties infiltrées, puis j'ai coupé de haut en bas les grands ligaments sacro-sciatiques et avec un fort emporte-pièce de Péan, j'ai enlevé toute la partie inférieure du sacrum dans le sens transversal au-dessous du troisième trou sacré postérieur (comme dans le procédé de Bardenheuer). C'est uniquement pour bien enlever les parties infiltrées de néoplasme, lequel entourait pour ainsi dire le segment inférieur du sacrum et pour avoir une plus large ouverture rétro-pelvienne que j'agis de la sorte. Le canal sacré fut ouvert légèrement, mais il n'en est résulté aucun accident.

Cette nouvelle brèche nous a permis de bien voir, d'une part, l'infitration carcinomateuse qui entourait la paroi postérieure du rectum et qui l'immobilisait vers le sacrum et les parties avoisinantes et, d'autre part, de bien disséquer l'intestin avec plus de facilité et de dépasser le mal le plus en haut possible, de manière à atteindre les parties saines. J'ai fait l'hémostase par la compression de la section osseuse qui saignait assez abondamment. J'ai séparé le rectum de la vessie, de la prostate et des vésicules séminales, mais, comme l'infiltration allait jusqu'à la vésicule séminale gauche, je l'ai enlevée après avoir mis une ligature sur son canal déférent. L'intestin ainsi séparé est attiré au dehors, coupé entre les deux pinces et enlevé avec l'anus. L'intestin réséqué mesurait 7 centimètres de longueur. La peau et les tissus graisseux qui entouraient le trajet fistuleux et le rectum sont enlevés le plus largement possible ; pendant toute la durée de l'opération j'ai protégé par des gazes stérilisées le cul-de-sac péritonéal qui n'a pas été ouvert.

Après m'être assuré de l'hémostase complète, j'ai suturé le bout su-

périeur de l'intestin à l'angle supérieur de la plaie cutanée et établi un anus sacré, en ayant bien soin d'introduire entre les points de suture quelques mèches de gaze stérilisée. Nous avons terminé l'opération en fermant la partie intérieure de l'anus et en enfonçant une grosse mèche de gaze stérilisée dans la cavité restante.

La durée de l'opération avait été d'une heure ; les suites en furent excellentes. Le patient passa une bonne nuit.

Le 8 Février 1895.—L'état général est très bon. Température 37.5 le matin et 37.8 le soir.

Le 9 Février. — Température 38.2 le matin. Comme les pièces de pansement étaient souillées de sang, nous les avons changées; les mèches de gaze stérilisée furent retirées et remplacées par des petits drains en cuoutchouc ; une petite quantité de sérosité assez fétide vint sortir par les tubes. Irrigation phéniquée.

Les 10, 11 Février. — Pas de fièvre. L'état général est satisfaisant.

Le 12 Février. — Changement de pansement. La région opératoire a un bon aspect, il n'y a aucune inflammation ; très peu de suppuration par les drains. Irrigation phéniquée. Le testicule gauche est un peu tuméfié et douloureux.

Le 16 Février.—Les sutures sont enlevées ; la cicatrisation a eu lieu par première intention ; très peu de suppuration par drains, pansement tous les deux jours.

Le 20 Février. — Le testicule gauche n'est plus tuméfié ; la suppuration par les drains a beaucoup diminué.

Le 27 Février. — Pas de suppuration autour de l'anus ; les petits drains sont supprimés. Le patient a pu se lever et se promener dans la salle.

Le 2 Mars. -- La cicatrisation est complète. Il n'est resté, comme vous avez dû le remarquer, qu'une fistule par où vient sourdre actuellement une quantité très minime de sérosité.

Après l'opération, nous avons provoqué pendant 18 jours la constipation au moyen de l'opium, du naphtol et du salicylate de bismuth et d'une alimentation très-restreinte. La première garde-robe a eu lieu le 27 Février, sans aucune souffrance ; depuis, la défécation s'est toujours effectuée d'une façon régulière et très facilement. Aujourd'hui, l'opération remonte à 3 mois. L'état général du malade s'est extrêmement amélioré ; il a une très bonne mine et a beaucoup engraissé depuis le jour de l'opération. L'appétit est bon. Le testicule gauche est absolument normal.

Comme vous avez pu le voir, le pourtour de l'anus sacré et les tissus péri-rectaux sont sains ; jusqu'à présent il n'y a pas de récidive. Sa seule

infirmité résulte, en dehors du siège actuel de son anus, d'une très petite saillie de la muqueuse rectale et d'un peu d'incontinence des gaz et de matières liquides contre laquelle nous avons lutté à l'aide d'un appareil orthopédique que j'ai fait faire par M. Zographos.

J'espère bien que dans quelques mois le fonctionnement de l'anus sera normal, que le sphincter sera reconstitué et reprendra la presque totalité de ses fonctions.

Il me semble bien que c'est la première opération de *Kraske* qui ait été faite en Turquie pour le cancer du rectum.

Il y a pourtant trois ans, j'avais pratiqué dans un autre cas la résection du rectum, chez un homme âgé de 52 ans, actuellement employé à la douane de Stamboul, pour un cancer de l'anus et de la partie inférieure du rectum (*par l'ancienne méthode périnéale de Lisfranc*). J'avais réséqué près de 6 centimètres de rectum et fixé par un surjet de fil de soie la plaie rectale à la peau.

Chose curieuse, ce malade était aussi porteur d'une fistule périanale qui a été opérée par moi. Six mois après, il est rentré à la clinique ayant une tumeur cancéreuse à marche très rapide et qui fut alors opérée. Je l'ai vu tout dernièrement. Il ne présentait aucune récidive et pouvait assez bien retenir les matières fécales, soit grâce au sphincter supérieur, soit par suite de la rétraction cicatricielle qui s'est produite à la nouvelle extrémité du rectum.

Malgré ce résultat satisfaisant, si j'aurais dorénavant l'occacion de pratiquer la résection du rectum, je la ferais par la méthode de *Kraske*. C'est le procédé de choix.

Aujourd'hui, je suis absolument convaincu que les anciennes méthodes périnéales sont réellement insuffisantes et doivent être rejetées au profit des opérations sacrées qui exposent les malades à moins de récidives.

D'autre part, la méthode de Kraske constitue un progrès très considérable. Elle permet d'opérer au grand jour, de faire très facilement l'hémostase et de poursuivre l'extirpation très haut. Elle n'est pas plus grave que les autres méthodes périnéales et ne prolonge pas beaucoup la durée de l'opération.

Pourtant, l'extirpation du rectum n'est pas sans offrir quelque danger. Il n'est pas rare, en effet, de voir l'opéré succomber à un phlegmon septique du tissu cellulaire pelvien et à la pyémie. Mais, heureusement, l'asepsie nous donne le moyen d'améliorer sensiblement les conditions de l'opéré.

Un progrès a étéréalisé le jour où l'on a eu l'idée de mettre entre les points de suture des drains ou des mèches en gaze stérilisée qui donnent

un libre écoulement aux liquides qui, par leur grande tendance à la décomposition putride, déterminent facilement l'infection du tissu conjonctif intra-pelvien. Néanmoins, si les malades ne succombent pas aux conséquences du phlegmon, de la pyémie, il peut arriver un autre accident post-opératoire des plus malheureux : c'est la chute du rectum, par suite de la désunion de la plaie intestinale.

J'ai vu, dans mon dernier voyage en Europe, à Lyon et à Londres, des cas pareils à la suite de l'opération de Kraske et anus sacré. Je crois que ces suites fâcheuses se sont produites parce qu'on n'avait pas fait un bon drainage. Donc, on peut bien conjurer cet accident : 1° avec une bonne asepsie ; 2° en mettant entre les points de suture des drains ou des mèches qui donnent un libre écoulement aux sérosités.

En terminant, je vous dirai un mot de la fréquence du cancer du rectum après l'opération de la fistule à l'anus. Dans les deux cas que je viens de vous communiquer, ainsi que dans un autre cas que j'ai eu l'occasion de voir en ville, le cancer du rectum et de l'anus s'est développé après une opération de fistule anale. Chez ces trois malades, le cancer n'existait pas du tout pendant qu'ils portaient les fistules.

Ici, je suis certain que ce ne sont point les fistules qui ont provoqué le néoplasme, mais très probablement les sujets étaient déjà prédisposés au cancer qui a trouvé dans la région anale ainsi atteinte un point faible et un terrain favorable.

D'autre part, l'opération qui agissait comme un traumatisme sur la région déjà peu résistante, doit avoir quelque influence sur la production du néoplasme.

En résumé, on peut dire que l'influence irritative de l'opération n'est pas douteuse et n'est pas étrangère à la production du cancer.

Dr Djémil.

PLAIES PÉNÉTRANTES DE LA POITRINE.

(lu à la séance de la Société Impériale de Médecine du 10 Mai 1895).

Ayant eu, dernièrement, l'occasion d'observer dans ma clinique chirurgicale de Haïdar-Pacha quelques cas de chirurgie de guerre, je me permets de les communiquer à cette savante Société.

Ma première observation porte sur une plaie non pénétrante du thorax causée par un revolver de faible puissance tiré à très peu de distance. Il s'agit d'un soldat de 24 ans n'ayant aucun antécédent intéressant et parfaitement bien portant. En l'examinant, on observe à la région chon-

dro-costale de la 5e côte gauche une fistule entourée de bourgeons exubérants, causée par une balle perdue depuis un an dans cette partie de la côte qui a déjà subi une inflammation chronique.

Après une incision cutanée et le dépériostage, j'ai enlevé une partie de la côte altérée et j'ai retiré la balle que vous voyez avec beaucoup de fongosités. De l'espace assez large que j'ai créé, on voyait facilement la plèvre qui était normale, les battements du cœur et une espèce d'encoche ou logeait la pointe de la balle. Les suites de mon opération ont été satisfaisantes et tout à fait normales, c'est-à-dire qu'après avoir retiré le lendemain la gaze stérilisée qui faisait la fonction de drainage aseptique, je n'ai défait le pansement que pour constater la cicatrisation complète. Dans cette observation, ce qui est saillant, c'est que la balle n'ayant pas traversé le mince feuillet pleurétique est restée en contact avec lui et s'y est fait, avec le temps, l'encoche que j'ai signalée.

Le 2e cas, non moins intéressant, est un cas de rupture d'un vaste sac anévrysmal artérioso-veineux à la pointe droite du triangle de Scarpa. Quand je vis le malade, il avait presque perdu connaissance et on le soutenait avec des injection sous-cutanées d'éther. D'après mes informations, cet homme aurait eu son anévrysme il y a 2 ans à la suite d'une plaie par instrument piquant. Il y avait 2 ou 3 jours seulement, disait-on, que la peau et le sac cédèrent sur la tumeur, probablement à la suite d'une mortification, par suite de trop de compression, et que l'hémorragie vint en abondance. Il fut gardé dans son pays pendant 24 heures, puis on le transporta à l'hôpital de Haïdar-Pacha le 3e jour. Malgré les compresses qu'on avait employées, l'hémorrhagie n'avait pas cessé tout à fait et le pourtour de l'ulcération cutanée était gangrené. Ma conduite opératoire m'ayant été dictée par l'extrême faiblesse du malade, je me suis contenté de la ligature double à la racine du membre, suivie de l'extirpation du sac et des parties modifiées. Malgré le champagne et autres stimulants, le blessé mourut 8 heures après l'intervention chirurgicale.

Mon troisième cas présente une plaie pénétrante du thorax par un instrument piquant et tranchant, qui n'est pas un poignard, de 19 cent. de long sur 44 cent. de large. Ce blessé pendant qu'il tenait son journal dans les mains, c'est-à-dire les bras un peu écartés du tronc, reçut cet instrument tragique, jusqu'à l'extrémité d'arrière en avant, de dehors en dedans et un peu de bas en haut au 3me espace intercostal gauche, tout à fait dans la ligne axillaire. La plaie extérieure mesurait 8 centim. de long et une partie de la 3me côte était coupée. Entre l'accident et mon arrivée auprès du blessé il ne s'était passé que 3 minutes à peu près, mais je l'ai trouvé mort. Quoique l'autopsie n'ait pas été faite, il m'a été facile de diagnostiquer, soit par la mort subite, soit par l'abondance de l'hémorrhagie externe et interne, qu'il s'agissait d'une blessure mortelle des ventricules. En effet, ces sortes de blessures atteignent plus fréquemment les ventricules que les autres parties du cœur.

Jamin, sur 81 cas, 43 ventricules droits et 28 ventricules gauches.

Fischer, sur 90 cas, 43 ventricules droits et 28 ventricules gauches et 9 occupant les 2 ventricules. Sur 72 cas par coups de feu 22 ventricules droits et 16 ventricules gauches.

Les plaies du cœur ont été signalées par les plus anciens auteurs qui les considéraient comme immédiatement et rapidement mortelles lorsqu'elles intéressaient ses cavités, mais cette opinion ne semblait pas reposer sur des données précises. Il faut arriver jusqu'à A. Paré pour voir signaler le premier exemple de survie à la suite d'une plaie de cœur par arme piquante et tranchante et jusqu'à Henri Ab Heers (1646) pour trouver la première observation de plaie du cœur par arme à feu : de balles auraient déchiré le cœur à la base et à la pointe. La mort n'était survenue qu'au 7me jour. Bartholin, en 1654, apporte quelques autres faits, puis les exemples se multiplient. On cite des cas de balles trouvées dans le cœur d'animaux blessés longtemps auparavant. La possibilité de guérison des plaies du cœur par arme à feu et par projectiles pénètre dans l'esprit des chirurgiens et l'intérêt de leurs études augmente. On en modifie le pronostic, on en étudie dès lors les symptômes, mais c'est seulement Senac (1749) dans son : «Structure du cœur, de son action, ses maladies», qui donne une description, un peu dogmatique, de ces blessures. Il attribue la mort rapide aux troubles des fonctions et à l'hémorragie extérieure. Morgagni, en 1762, dit que la compression du cœur par l'hémorrhagie dans le péricarde en arrête les mouvements. Et encore Chastanet et le petit chapitre de Ledran en 1786, et c'est tout ce que le siècle nous lègue à ce sujet.

Au commencement de ce siècle-ci, Larrey cite des observations personnelles intéressantes et propose de donner issue à l'épanchement sanguin en ouvrant le péricarde lorsque le blessé, ayant échappé aux premiers accidents, cet épanchement reste rebelle à l'absorption et perpétue le danger. Boyer, Sanson, Dupuytren, Ollivier d'Angers, Jamin, Legouest, Maurice Reynaud citent aussi de pareilles observations, mais le plus important de ces travaux est le mémoire de Fischer publié en 1869. On y trouve 452 observations dont 72 par coups de feu.

D'après les statistiques, les blessures du cœur par les armes de guerre seraient exceptionnelles. Mais comme ces statistiques ne tiennent pas compte des blessés succombés sur le champ de bataille, elles n'expriment pas la fréquence réelle.

D'après de Santi, la proportion des plaies du cœur, comparée à celles du thorax d'après les relevés de la pratique, serait de 8,6 % et ce rapport concorde avec les dimensions du thorax et du cœur. La proportion des plaies par coup de feu serait de 0,7 %.

Fischer dit 28 % mort immédiate et 16 % de guérisons.

Dr Nazim Chereffedin.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE CRANIO-CÉRÉBRALE

Par le docteur MILLOT-CARPENTIER.

Il ne sera pas question dans cette étude des tumeurs banales qui se rencontrent dans ces régions et qui sont traitées justement comme dans toutes les autres parties du corps. A part les tumeurs vasculaires qui presque toujours doivent être enlevées et les anevrysmes cirsoïdes volumineux qu'on électrolysera, les angiômes que le thermo fera disparaître aidé des ligatures en amont, il y a encore les tumeurs dites communicantes dont le diagnostic est souvent obscur, difficile, impossible même, malgré les travaux de Lannelongue (2e Session du Congrès de Chirurgie 1886), qui tend à prouver que l'affection, dans le principe, est toujours un angiôme épicrânien dont la dilatation des veines afférentes met en communication l'épi avec l'endocrâne.

On comprend la gravité de cette question et Forgue et Reclus, dans leur *Traité de Thérapeutique chirurgicale* ne se montrent pas partisans enthousiastes de l'interventisn dans ces conditions. Middeldorpf conseille toutefois de cerner la tumeur avec uu anneau d'ivoire comprimant ou encore de mettre autour du crâne une bande de caoutchouc. Dans le cas où la réductibilité persiste ou peut être à peu près sûr qu'il s'agit d'une tumeur communicante et que l'on a à combattre un fongus de la duremère, surtout si l'on perçoit de la crépitation des lamelles osseuses audevant du néoplasme. Une simple calotte en gutta-percha capitonnée placée sur celui-ci et le pressant doucement est tout ce qu'il y a de mieux et de plus simple à faire; c'est le moyen le plus anodin mais qui peut à la longue faire obtenir l'occlusion osseuse.

Gérard Marchant, à l'article CRANE du *Traité magistral* de Duplay et Reclus; Heinecke (*Deutsche chirurgie*, de Billroth et Luke 1882) etc., etc., ont fait une étude complète de ces tumeurs. Ils n'affirment que timidement les caractères tranchés du diagnostic; on peut donc hésiter après ces maîtres entre une simple varice ou une varice rameuse ou cirsoïde, ou encore une hernie du sinus sagittal, etc., en tous cas on ne devra songer à l'intervention que dans l'absolue nécessité, la mort pouvant survenir à la suite d'un coup de bistouri intempestif. Nous nous souvenons d'un enfant de deux ans auquel nous dûmes, la main forcée, enlever un angiôme et qui mourut d'hémorragie malgré tout ce que nous pûmes faire avec nos aides pour le sauver. Nombre de chirurgiens ont cité des faits semblables.

Et pourtant quand il y a menace de rupture, lorsque la tumeur augmente sans cesse, quand la douleur est devenue intolérable et que la compression cérébrale se manifeste par des troubles variés de sensibilité et de motilité, il faut tenter l'ablation de la masse, en faisant tout d'abord l'ischémie du réseau veineux superficiel par la bande de caoutchouc placée autour des tempes. Alors on découvre la tumeur par un lambeau en croissant et on la dissèque vivement en s'aidant des doigts, des ciseaux mousses et de la spatule plutôt que du bistouri. Quand on a le bonheur de tomber sur un pédicule facilement abordable, simple, il est facile de le lier et d'en faire la section ; mais lorsque la base est large, la communication étendue, il ne faut pas s'acharner et l'on se bornera à placer quelques pinces de Richelot ou de Péan ; on sectionnera au-dessus de celles-

ci et, deux jours après, on pourra sans crainte d'hémorrhagie, enlever les instruments et l'entrée de l'air dans les sinus sera évitée.

Dans les formes diffuses, l'électrolyse seule peut donner quelques succès... et encore !... malgré les opérations heureuses de Bordelehen cité par Demme (*Virchow's Archiv.*, Bd XXIII, 1861, p. 48).

La thrombose est la conséquence immédiate des injections de liquide coagulant dans les vastes kystes sanguins communiquant, il faut donc les proscrire. Comme on le voit il y a encore bien des hésitations dans ce chapitre intéressant des tumeurs crâniennes, le chirurgien prudent doit hésiter et n'agir que par la force des circonstances.

Pour les néoplasmes perforants de la voûte, ils doivent être enlevés le plus tôt possible, c'est ainsi qu'on peut obtenir de très relatifs succès ; mais il faut faire l'opération complète, radicale, ne pas perdre de temps à enlever des parcelles, à cautériser, comprimer, etc. Pousson, en 1880, l'a nettement établi et cette règle est adoptée partout.

La tête sera soigneusement rasée, nettoyée au savon, dégraissée au panama et rincée au sublimé au moment de l'opération ; puis une injection de morphine sera faite suivant le conseil de Horsley avant de donner le chloroforme dont la dose doit être minime et l'objet des plus grandes précautions. Eorgue et Reclus (*loc. cit.*) ont vu Dubreuil et Estor avoir une syncope grave malgré tous les soins donnés à l'anesthésie ; nous avons vu le même fait à l'Hôtel-Dieu il y a bien des années dans le service de Maisonneuve. La difficulté ne fait cependant qne commencer. On abordera la tumeur par une incision en demi-cercle ou en T, on la disséquera lentement, forcipressant au fur et à mesure des besoins. Après avoir taillé par des pinces coupantes les parties d'os écartées par le néoplasme et toujours amincies, on aborde enfin le néoplasme et on se rapproche de sa base dont l'aspect est protéiferme. On tâche alors de détacher la tumeur de l'os, d'ouvrir un champ suffisant pour bien saisir l'endroit où elle s'implante et on y arrive peu à peu ; c'est le cas simple, nous ajouterons, c'est l'exception. On voit presque toujours au contraire une masse étalée au milieu de laquelle les os de la voûte sont effondrés. Aborder en plein la tumeur il faut s'en garder à tout prix à cause de l'hémorrhagie certaine. On doit donc tenter de détacher la périphérie et c'est alors qu'il faut faire grand et ne pas craindre les sacrifices tégumentaires et osseux ; aussi les brèches sont-elles parfois énormes, mais se comblent facilement. Pour le chirurgien qui n'est pas habitué à ces graves opérations, il y a un moment de recul fort excusable, mais là, comme ailleurs, il faut une fois en train aller jusqu'au bout, coûte que coûté, la chirurgie n'aurait pas sa raison d'être autrement.

CLINIQUE MÉDICALE.

(*Hôpital de la Charité*). — M. le prof. POTAIN.

Traitement de la période aiguë et de la période de tolérance des maladies du cœur [1]

Bien que chacun des malades entrés dans nos salles pour quelque affection du cœur m'ait été ocasion de vous indiquer le traitement spécialement applicable à lui, il ne sera pas sans utilité, je pense, de vous exposer actuellement d'une façon plus générale et comme en une vue d'ensemble les indications très diverses auxquelles les maladies du centre circulatoire sont susceptibles de donner lieu. Sans doute, ce ne sont jamais des maladies, mais toujours des malades que nous avons à soigner, et, par suite, les traitements qu'il leur faut appliquer se diversifient non moins que les combinaisons très nombreuses dans lesquelles peuvent entrer les multiples éléments morbides constituant, en général, ce qu'on nomme une maladie du cœur. Mais, si diverses qu'elles soient, les indications n'en restent pas moins soumises à des règles communes. Pour être logiques et convenablement instituées, il faut qu'elles se raccordent à un plan général de traitement. C'est ce plan général que je vais essayer d'esquisser aujourd'hui.

A cet égard il nous faut distinguer trois périodes dans l'évolution d'une maladie de cœur : 1° la période initiale ou *phase des accidents primitifs* ; 2° la période de tolérance ou *phase latente ;* 3° la période des perturbations secondaires, que je voudrais appeler *des cardiarchies* (καρδία, cœur ; ἀρχή, origine), pour indiquer que des affections multiples et variées se produisent alors, ayant toutes pour commune origine la lésion primitive du cœur.

Dans la première de ces périodes la lésion cardiaque s'installe en quelque sorte et se constitue. Tantôt c'est à la suite et sous l'influence d'une maladie aiguë infectieuse faisant naître des inflammations endo-, myo-, ou péricardiques auxquelles succèdent des altérations plus ou moins persistantes et parfois définitives ; tantôt c'est par le fait de vices de la nutrition produisant, en diverses parties du cœur, des scléroses ou des dégénérescences ; tantôt, enfin, c'est consécutivement à des retraits spasmodiques des vaisseaux les plus petits de l'une ou de l'autre circulation, ou à des épaississements de leurs parois qui, réduisant leur lumière, exagèrent la résistance opposée au cœur à tel point que celui-ci cède et se dilate, ou ne suffit à sa besogne qu'en s'hypertrophiant de plus en plus.

De quelque façon que le cœur ait été touché, quelle que soit l'origine de ses altérations secondaires, toutes sont graves parce qu'elles atteignent un organe dont les moindres perturbations fonctionnelles retentissent inévitablement sur l'organisme entier et dont la fonction ne saurait se suspendre un instant sans mettre aussitôt l'existence en danger ; graves surtout pour la plupart parce que, même à un degré peu avancé encore

---

(1) On a bien souvent regretté la discrétion excessive que M. le prof. Potain met à publier ses excellentes leçons cliniques. Aussi sommes-nous heureux de pouvoir donner à nos lecteurs la primeur d'un des meilleurs chapitres d'un volume de «Leçons cliniques» recueillies et rédigées par M. Vaquez, chef de clinique de M. Potain, et revues par le professeur. Ce volume doit paraître à la librairie Masson.

de leur évolution, déjà elles sont incurables et affectent l'économie d'une tare indélébile. Les plus redoutables sont celles qui résultent des endocardites valvulaires et qui, par suite de destructions, de ruptures ou de rétractions, rendent les valvules insuffisantes, ou, en raison des adhérences réciproques qui s'établissent au voisinage des commissures entre les bords libres des lames valvulaires, rétrécissent le passage que les valvules ouvrent au sang quand elles se sont écartées. Mais toutes ces déformations sont en général tardives et, le plus souvent, dans cette phase de la maladie, elles n'ont qu'une part insignifiante ou nulle aux perturbations qui se produisent, aux sensations pénibles ou désagréables dont s'accompagnent les irrégularités des battements du cœur, aux douleurs que la péricardite détermine, au sentiment d'anhélation et de pesanteur que fait naître la dilatation cardiaque dès qu'elle vient à s'accentuer. Tout cela est la conséquence de l'endopéricardite elle-même ou de la myocardite et disparaît avec elles. Tout cela peut n'exister qu'à un degré très léger ou même ne pas exister, quand le début de la maladie a une évolution progressive et lente. Ce début alors est absolument latent et insidieux.

Quand, dans la seconde période, l'affection initiale aiguë du cœur a terminé son évolution, les conséquences du processns inflammatoire peuvent être si complètement effacées qu'il n'en reste aucune trace et que la maladie soit à considérer comme définitivement guérie. D'autres fois et dans des conditions moins heureuses elles persistent sous la forme d'altérations valvulaires ou myocardites chroniques. Mais alors, les manifestations de l'état aigu étant passées, la maladie entre en général dans une phase de tolérance où elle devient plus ou moins complètement latente pour le malade. Le cœur sans doute n'est pas à l'état normal et ses altérations ne cessent pas de se révéler à l'oreille du médecin ; mais il peut fonctionner sans trouble et avec régularité, pourvu qu'il n'ait à accomplir un travail modéré. Il est dans cet état que j'ai proposé d'appeler *miopragie*. Si les lésions, en effet, ne sont pas trop considérables, il se peut que la quantité de sang à laquelle les orifices rétrécis laissent aisément passage, celle qui progresse à chaque systole malgré les insuffisances, celle que le ventricule altéré par la myocardite est cependant capable encore de mettre en mouvement sans effort exceptionnel, soient précisément suffisantes pour l'état de repos ou d'activité modérée. L'organe, il est vrai, est en quelque sorte réglé désormais pour ce travail restreint et ne saurait sans trouble en accomplir un plus considérable. Mais aussi longtemps qu'aucune circonstance exceptionnelle n'impose à l'économie une activité circulatoire plus grande, il peut continuer d'accomplir sa fonction d'une façon absolument normale et sans amener aucune perturbation dans le reste de l'organisme. Que si néanmoins l'équilibre circulatoire se trouve momentanément troublé, peu à peu les organes et leur système vasculaire s'adaptent à ce nouvel état de choses assez bien pour n'en pas souffrir ou du moins ne manifester point leur souffrance. On peut dire que dans cette période il existe une lésion, mais qu'il n'y a point de maladie.

Dans la troisième période, cet état de tolérance et d'adaptation cesse pour faire place à des désordres circulatoires multiples, à des troubles fonctionnels variables et aux altérations secondaires dont divers organes deviennent le siège. A cette période, on donne très généralement, depuis Beau, le nom de phase d'asystolie, dans la pensée qee tous ces désordres résultent d'un épuisement de l'énergie cardiaque et de l'impossibilité où se trouve le myocarde affaibli pour lutter encore avec les obstaclos circu-

latoires pour maintenir ce qu'ou a appelé la *compensation.* Mais, déjà en mainte circonstance, je me suis efforcé de vous montrer que cette conception des désordres engendrés par les lésions du cœur est, en réalité, trop étroite; que certaines de ces lésions ne sauraient être véritablement compensées par l'excès des contractions de l'organe, quelle qu'en soit l'hypertrophie; que la compensation, quand elle a lieu, ne s'opère pas exclusivement par le cœur, mais aussi dans lés organes eux-mémes et par une sorte d'*adaptation* de ceux-ci; que l'insuffisance, enfin, des systoles cardiaques n'est que l'un des éléments pathogéniques d'où dérivent les accidents multiples de cette période et que les autres résident dans l'organisme entier ou dans celles de ses parties dont la force de résistance, accidentellement diminuée, a troublé l'*adaptation.*

Ces considérations suffisent à vous faire concevoir pourquoi et comment chacune des trois périodes que nous venons de distinguer comporte des indications absolument différentes. Dans la première, il s'agit d'enrayer les progrès de l'affection locale, d'en favoriser la résolution et d'en faire disparaître, s'il se peut, les dernières traces; dans la seconde, bien qu'il n'y ait plus à tenter de guérir une lésion définitivement acquise et fixée et que le sujet ne soit réellement plus un malade la médecine doit intervenir encore pour régler l'hygiène de façon à prolonger aussi longtemps que possible, cette période heureuse de la tolérance parfaite; dans la dernière, enfin, on a à combattre non plus la lésion, qui est désormais hors de notre portée, mais les conséquences multiples des troubles circulatoires engendrés par cette lésion, conséquences qui portent sur le cœur d'abord, mais s'étendent, en outre, à l'économie entière. Occupons-nous, d'abord, du traitement qui convient à la première période de la maladie.

Traitement de la période initiale aiguë.—Dans cette première phase, la maladie a le plus souvent une forme aiguë ou subaiguë. C'est celle-là que nous envisagerons surtout, laissant, pour le moment, de côté les cas, assez nombreux, cependant, où, débutant sourdement et sans occasion apparente, elle évolue d'une façon absolument latente jusqu'au jour où éclatent les premières manifestations de l'intolérance et de l'asystolie.

Dans la période aiguë, et dès qu'un examen attentif a décelé les premiers indices d'une inflammation valvulaire, myocardique ou péricardique, il faut intervenir activement par des moyens locaux ou généraux. Localement, on appliquera des ventouses scarifiées ou, à leur défaut, des sangsues sur la région précordiale. Les premières seront très préférables, d'abord parce que leur application, plus rapide, expose moins le malade au refraidissement; ensuite, parce qu'elle permet de limiter plus exactement la quantité de sang extraite. Cette quantité doit être, la plupart du temps, très modérée, car l'effet utile des ventouses semble imputable bien plus à l'action dérivative des scarifications qu'à la soustraction du sang elle-même. A ces émissions sanguines locales on fera succéder l'application d'un vésicatoire volant assez grand, mesurant en moyenne huit centimètres sur dix. Mais il faudra mettre au moins un jour d'intervalle entre ces applications successives et prendre le soin de recouvrir l'emplâtre vésicant d'un papier Joseph huilé, afin d'éviter sûrement l'absorption de cantharidine et les accidents cystiques pénibles qui en résultent parfois. Si l'acuité est médiocre, si l'état du malade oblige à eviter même les plus petites pertes de sang, vous commencerez par l'application du vésicatoire qui sera, au besoin, renouvelée. Plus tard et lorsque la maladie paraîtra entrer dans la périade de résolution, vous pourrez substituer aux vësica-

toires des applications iodées, toit à l'aide de la teinture d'iode, soit du coton préparé, soit par le moyen d'une pommade iodurée formée de 4 grammes d'iodure de potassium et de 30 grammes d'axonge, à l'exclusion de tout autre excipient. Le coton iodé est le plus commode et le plus actif de ces trois agents de dérivation. Mais il importe de l'étaler en uue couche mince à l'égal presque d'une dentelle et de le recouvrir d'une feuille de baudruche de gutta-percha en la renouvelant tous les jours ou tous les deux ou trois jours, c'est-à-dire à mesure de sa décoloration.

Quel que soit le moyen de dérivation employé et à partir du début même du traitement la face antérieure de la poitrine sera recouverte d'une couche épaisse de coton cardé ou d'ouate hydrophile, par dessus laquelle on placera une feuille de toile gommée, de façon à maintenir dans cette région une température absolument uniforme avec quelque moiteur. En Allemagne, on préconise, surtout pour les cas d'excitatipn cardiaque vive, des applications constantes de glace qui, en effet, produisent un effet sédatif marqué. Mais ces applications exigent une surveillance des plus minutieuses. Elles ne sont dépourvues de danger qu'à la condition d'être maintenues de la façon la plus rigoureuse. Un de leurs avantages, qui est d'entretenir une température constante, me paraît être obtenu au même degré et avec une sécurité plus grande à l'aide de l'enveloppement que je viens d'indiquer.

A l'intérieur on aura utilement recours dès le début de la maladie à l'emploi du calomel, d'abord sous forme purgative, si rien dans l'état du malade ne s'y oppose, et en administrant à la fois 50 centigrammes de ce médicament avec une dose égale de poudre de scammonée ; puis à dose réfractée, c'est-à-dire de 0,10 à 0,20 de calomel répartie en cinq doses dans la journée.

A cela vous ajouterez la médication spéciale qui pourra se trouver indiquée par la maladie infectieuse ou diathésique au cours de laquelle l'affection cardiaque sera survenue. S'il s'agit, comme il arrive si souvent, du rhumatisme articulaire aigu, vous continuerez l'usage du salicylate de soude et au besoin vous en augmenterez la dose alors même que l'état des articulations et la marche du meuvement fébrile ne sembleraient pas l'indiquer. L'influence de ce médicament sur l'évolution de l'endocardite a été diversement jugée et en général mise en doute ou même absolument niée. Mon collègue, le professeur Sée, à qui nous devons l'introduction en France de cette précieuse médication du rhumatisme, ne croit pas qu'elle puisse modifier en rien la marche des complications endocardiaques. En cela je pense qu'il se trompe et n'apprécie pas assez haut le service considérable qu'il a rendu. De fait, il serait bien étonnant que la médication salicylée, dont l'action sur les fluxions rhumatismale des jointures est si évidente, devint justement inefficace quand la même fluxion atteint les séreuses viscérales.

En réalité, je crois que si l'emploi du salicylate de soude a paru sans sans influence sur l'évolution de l'endocardite rhumatismale, c'est qu'on a continué de prendre pour criterium de l'état de l'endocarde, la présence ou l'absence des souffles qui n'en sont qu'un indice indirect et très infidèle. Si l'on a affaire à un souffle d'insuffisance ou de rétrécissement, il est évident qu'il s'agit d'une lésion indélébile sur laquelle le salicylate de soude n'aura pas plus d'action qu'aucun autre médicament. Si le souffle constaté appartient à la catégorie des souffles accidentels et cardiopulmonaires dont je vous ai signalé la fréquence chez les rhumatisants, sa per-

sistance ne voudra pas dire que l'endoca.dite n'entre point en résolution de même que son absence n'excluera en aucune façon l'existence de l'endocardite. Il sera donc impossible de juger, par l'observation de ce signe, les modifications que l'endocardite peut éprouver. Que si, au contraire, on s'attache à suivre l'évolution de cette maladie en étudiant les changements si caractéristiques que subissent les bruits normaux, on verra, comme j'ai pu m'en assurer bien souvent et vous le montrer mainte fois, que cette évolution est favorisée et accélérée par l'emploi du salicylate de soude tout aussi bien que celle des lésions articulaires. C'est dons à mon avis un devoir, quand chez un rhumatisant les signes de l'endocardite survivent aux manifestations articulaires, de continuer l'emploi du médicament jusqu'à ce que le retour des bruits à l'état absolument normal indique une résolution complète des altérations valvulaires, ou jusqu'à ce qu'on ait acquis la triste conviction que la lésion organique définitivement constituée est désormais hors des atteintes du remède.

Si l'endocardite a pris naissance dans le cours ou sous l'influence d'une affection goutteuse, c'est à la teinture de semence de colchique qu'il conviendra de s'adresser de préférence, et vous vous trouverez bien de l'administrer à doses réfractées, c'est-à-dire par exemple à la dose de 5 gouttes étendues dans une tasse d'infusion de tilleul et répétées 5 fois par jour, en augmentant la dose journalière de 5 gouttes chaque jour, jusqu'à ce qu'un léger effet laxatif avertisse qu'on touche à l'intolérance et qu'il y a lieu de rétrocéder.

En d'autres cas et notamment de la fièvre typhoïde ou de la grippe, c'est au sulfate de quinine que pour ma part j'ai plus volontiers recours. Il est bien vrai, comme l'a fait remarquer le docteur Lancereaux, que le sulfate de quinine n'arrête pas les progrès de l'endocardite ulcéreuse et que les cas dans lesquels la maladie prise pour une fièvre intermittente grave a été traitée comme telle, n'en ont pas moins été des cas mortels. Mais ce qui est malheureusement exact pour ces formes souverainement graves de l'encocardite ne l'est pas nécessairement pour l'endocardite végétante dont l'évolution est si différente.

La période aiguë de l'endocardite ne s'accompagne habituellement d'aucune perturbation notable du rythme cardiaque, sauf de l'accélération fébrile à laquelle la présence de l'endocardite elle-même ajoute peu de chose, quand celle-ci survient dans le cours d'une affection déjà fébrile. Il n'en est point de même quand il s'agit d'une myocardite isolée ou ajoutée à l'endocardite.

L'irrégularité et la fréquence parfois excessive des battements du cœur nécessitent l'intervention des médicaments cardiaques ; de la digitale, s'il s'agit surtout d'arythmie et de tachycardie ; de la caféine, si l'affaiblissement des battements du cœur et la dilatation aiguë de l'organe semblent prédominer ; du strophantus peut-être, si les phénomènes d'anxiété et d'angoisse précordiale l'emportent sur les perturbations objectives.

Pendant toute la période aiguë des cardiopathies l'hygiène doit être des plus sévères, alors même que ni l'intensité du mouvement fébrile, ni celles des troubles fonctionnels ne sembleraient ne sembleraient l'imposer. L'immobilisation de la partie malade, si précieuse dans le traitement des maladies des membres, n'est bien entendu point applicable à celui des maladies de noe viscères et surtout du cœur. Il en faut approcher cependant le plus possible en écartant minutieusement les causes d'excitation circulatoire de quelque nature qu'elles soient.

Le séjour au lit est obligatoire. Les malades doivent être soumis à la diète lactée rigoureuse à moins d'intolérance absolue et le lait pris à la dose de 1 à 2 litres, par petites portions et à intervalles d'une ou deux heures au plus, de façon à éviter la moindre surcharge gastrique. Si le lait de vache est mal toléré on y substituera le lait d'ânesse, ou bien on l'étendra de quelque infusion théiforme ou d'une eau minérale alcaline légère. On procurera du sommeil pendant la nuit à l'aide de quelque doux somnifère. Enfin, on écartera du malade, autant qu'il se pourra faire, les moindres causes d'excitation morale.

Quand la période aiguë de l'affection cardiaque est terminée, deux choses peuvent advenir. Ou bien toute trace d'altération endo-péri- ou myocardique a disparu et la guérison est parfaite. Il ne reste pour le malade qu'un avertissement d'avoir à ménager les fonctions de l'organe récemment atteint et d'éviter attentivement les occasions de rechute, surtout s'il s'est agi d'une affection rhumatismale. Ou bien, il demeure encore des traces, des conséquences plus ou moins accentuées de l'endocardite ou de la myocardite, des déformations valvulaires, de la dilatation des cavités.

La myocardite, aussi longtemps qu'elle n'a point amené de dégénérescence profonde, est susceptible de guérir. La dilatation aussi bien que les irrégularités fonctionnelles par les quelles elle s'est manifestée et qui parfois persistent plus ou moins longtemps après la fin de la période aiguë, peuvent à la longue entièrement disparaître. Et, quand les signes en sont complètement effacés, on est en droit de considérer la maladie comme entièrement guérie, bien qu'il y ait assurément lieu de penser, avec M. Landouzy, qu'un cœur affecté de la sorte est devenu, comme tous ceux de nos organes que la maladie a touchés, pour longtemps encore plus vulnérable qu'il n'était et moins capable de résister aux influences pathogéniques qui le peuvent atteindre.

Les déformations valvulaires qui succèdent à l'endocardite aiguë sont-elles également susceptibles de guérison et cela entraîne-t-il l'obligation d'intervenir à l'aide de moyens thérapeutiques convenables pour fournir et assurer cette guérison? La question, cette fois, est moins simple et plus difficile à résoudre. Un rétrécissement mitral, par exemple, peut-il guérir et disparaître? On le dit et cela cependant est difficilement concevable. Sans doute les accidents divers qui résultent de cette lésion peuvent s'effacer, les dilatations partielles auxquelles elle avait donné lieu peuvent s'atténuer, les bruits même par lesquels elle se manifestait peuvent disparaître. Mais tout cela peut avoir lieu sans que la lésion ait cessé d'être, sans même qu'elle se soit modifiée. Pour ma part je n'ai jamais pu acquérir la certitude qu'un rétrécissement d'orifice positivement constaté ait anatomiquement guéri et je ne pense pas que dans le traitement des maladies du cœur la guérison d'un pareil rétrécissement soit un but à poursuive.

(à suivre) *(Le Bulletin Médical.)*

اكتفا وضغطلرنده زمان غائب ايتامليدر . ١٨٨٩ سنه‌سنده (پوسسون) بوجهتى پك
كوزل افهام ايتمش وشو قاعده عمومك قبولنه مظهر اولمشدر .

رأس، كمال دقتله طراش ايديلوب صابونله تطهير و مواد دهنيه‌سى پاناما ايله ازاله
اولندقدنصكره زمان عملياتده‌ده سوبليمه ايله ييقانور مؤاخراً قلوروفورمك اعطاسندن
اقدم (هورسلى) لك توصيه‌سنه امتثالاً تحت الجلد مورفين شرينغه اولنور . فقط
قلوروفورمك مقدارينك آزلغى بوبابده اك زياده اعتنايه الميق كركدر .

(فورغم) ؛ (قيلوس) و (دوبروى) و (استور) لك بطلان حسده معتاد اولان
اك دقيق احتياطاتى اتخاذ ايتمشكن ينه خسته‌لرينى مهلك بر غشى‌يه‌دن تخليص
ايده‌مديكلرينى كورمشدر . بوندن برخيلى سنه اقدم (اوتل ديو) خسته‌خانه‌سنده
(مه‌زونوو) لك سرويسنده بونك عينى بر وقعه‌يى بزده كوردك . اصل مشكلات بوندن
صكره ابتدار ايدر . اولا ورم نصف دائروى و يا [T] شكلنده برشق ايله احاطه
اولنه‌جق و بالاخره لزومى نسبتنده تضيق و جبر ايله بطيأً تشريح ايديله‌جكدر .
تضعدن تبعيد اولنوب هر حالده رقيق بولنان اقسام عظميه ملاقط قاطعه اعانه‌سيله
يونتولديقدنصكره تضعه كلينه‌رك پروتئ الشكل برمنظره ارائه ايدن قاعده‌سنه ياقلاشيلور .

اوحالده ورمى عظمدن تفريقه غيرت و تمكن ايلمش اولديغى محلدن يقلمق ايچون
كافى برميدان آچمغه همت اولنوركه بوكاده رفته رفته وصول ممكندر . شوحال بسيطك
مستثنا اولديغى علاوه‌يه مساعده اولنسون . زيرا همان هر دفعه بالعكس غايت ياپيق
بركتله‌يه تصادف اولنوركه عظام قبهٔ قحفيه اشبو كتله‌نك وسطنده مدفون بولنور .

بنابرين ورمى بالاده‌كى طرزده كيف مايشا اله الميق ، وقوعى بى اشتباه اولان
نزف محقق سبينه خارج امكاندر . بوصورتده اولا محيطنى فصل ايتمكه و بو حالده
جلددن وعظمدن اختيارى ملزوم كوريتان فداكارلقلردن خوف وحذر ايتامكه دقت
ايستر بونككبى بوارالق پك چوق فتحات دخى بادئ امرده نظرى اشغال ايدرلرسه‌ده
بونلر پك قولاى املا اولنورلر . بوكبى عمليات وخيمه ايله الفتى اولميان بر جراح
ايچون بغايت مشروع ومعذور بر دم رجعت وارسه‌ده بركره بر طريقه سلوك اولنديغى
تقديرده هرچه بادآبادى كوزه وفن جراحينك بشقه كونا حركت ايده‌ميه‌جكنى
پيش تأمله آله‌رق اوخطك نقطهٔ منتهاسنه قدر سيرده صبر وقرار ايتامليدر .

(ميلو شارپانتيه)

(مابعدى وار)

تردد اولنق برامر ضروری حکمنده کورینیور . فقط هرحالده نابزمان ، بر نیشتر ضربه‌سنك داعی اوله‌بیله‌جکی فلاکت موته دوشمامك ایچون الزمیت مطلقه باش کوسترمدکجه مداخله‌یه قیام اولنماملیدر . الان خاطرمزدن چیقمدیغی اوزره ورم وعائیسنی استیصاله جسارت ایتدیکمز ایکی یاشنده‌کی برچوجق معاونلرمزك بو بابده ابراز ایتدکلری مساعی‌یه خلافاً نزفله ترك حیات ایلمشدر . حتی برچوق مؤلفین بوکا مشابه برخیلی امثال نقل وایراد ایدیورلر .

مع مافیه ، انشقاقی مخاطره‌سی اولدیغی برورمك بلا ارام تزید حجم ایلدیکی و وجع دخی تحملسوز بردرجهٔ الیمه‌یی کسب ایلدیکی حسیت و حرکاتجه اختلالات متنوعه ایله ثابت ونمایان اولان انضغاط دماغ اثاریده تماماً اشکار کوروندیکی صورتده ابتدا صدغینك چوره‌سنده موضوع قاوچوق برباند اعانه‌سیله شبکهٔ وریدیٔ سطحی‌یه برفتق تشکیل ایتدره‌رك کتله‌نك استیصالنه مثابرت اولنور . اوحالده ورم صیلبی بر شریحه واسطه‌سیله افشا اولنوب ومشرطدن دها موافق اولنق اوزره (اسپاتول) ، (اصابع) ومقراصلر اعانه‌سیله سریعاً تشریح اولنور اکر بواثناده سهلاً و بسیطاً قابل وصول برسویق اوزرینه دوشمك میسر اولور ایسه بونی بالربط قطع ایتمك آساندر . لکن قاعده عریض اولوبده اشتراکده واسع بولنورسه بوتقدیرده حرکت سابقه دوامه ارتق محل قالمدیغندن بورایه برقاچ عدد (ریشه‌لو) و یا (په آن) ملاقطی وضع ایلمك اقتضا ایدر . بوحالده ایکی کون صکره بو ملقطلرك فوقندن قطع اولندقده اصلا نزف خاطره‌سندن قورقمسزین آتلر رفع اوله‌بیله‌جکی کبی جیوبه هوانك دخولی‌ده غیر ممکن اولور .

اشکال منتشره ومختلفه‌ده یالکنز الکتریقدن موفقیت استحصالی ایچون جزئی امیدوار اولنیور ایسه‌ده (دمن) طرفندن ذکر اولنان (بورده‌لین) ك بعض مشاهدات مسعوده‌سنی تصدیقده هنوز استعجال ایدیله‌مز ! .

سداده؛ مشترك آکیاس واسعهٔ دمویه درونته مایع محثر زراقانی نتیجه‌سی اولدیغندن بونلرك فسخی لازمهٔ حالدندر . شورایه قدرکی مبسوطاتدن دخی منفهم اولدیغی اوزره اورام قحفیه‌نك شو بحث مهمنده الیوم برچوق ترددات جایکیر اولدیغندن برجراح عاقل هرکارده ترددله مکلف وانجق جبر خصوصاتله عامل وفاعل اوللیدر .

قحفك تصنعات ثاقبه‌سنه کلنجه بونلری ممکن اولدیغی قدر سرعتله ازاله ایتمك اهم والزمدر . و موفقیات مأموله‌دن دخی انجق بوصورتله حرکت اولندیغی تقدیرده فائده‌یاب اولنور . فقط عملیاتیده تام ، اساس یاپمق مشروط اولوب اقسامك رفعنده

نسبتده صدر ایله قلبك نسبات امتدادیه‌سنه توافق ایدیور. افواه ناریه جروحنك نسبتی ایسه یوزده ۰,۷ در .

(فیشر) یوزده یکرمی سکزنك موت عاجل واون التی‌نك شفا اولدیغنی درمیان ایلمشدر .

دوقتور
ناظم شرف‌الدین

﴿ مداوات جراحیٔ قحفیٔ دماغی ﴾

شومقاله‌ده اکثریا بو نواحیلرده تصادف اولنوب طبقی بدنك اقسام سائره‌سنده بولنانلر کبی تداوی ایدیلان اورام سلیمه‌یی موضوع بحث ایتمیه‌جکز . همان هردفعه رفعی لابد کوریلان اورام وعائیه ایله بالالکتریق تداوی ایدیلان کبیر الحجم ام الدم دوالیلردن وخیاطهٔ شلالیه اعانه‌سیله بالحراره ازاله اولنان اورام وعائیه‌دنماعدا مشترکه نامنی احراز ایتمش برطاقم اورام دها واردرکه بونلرك تشخیصلری (لانه‌لونغك تحریات ومساعیٔ مبروره‌سنه رغماً) ینه مبهم ومستعصب قالمشدر زیرا مومی الیه اساس آفتی دائما بر ورم وعائیٔ فوق‌القحف کبی قبول برله اوردهٔ مفرغه‌نك توسعی قحفله داخل قحفك اشتراکنه وسیله اولور دیور .

بنابرین هرحالده مسئلهٔ مبحوث‌عنهك درجهٔ وخامتی افکار مطالعده تماماً تظاهر ایلمش اولوب حتی (فروغ) ایله (رقلوس) مداوات جراحی نام اثرلرنده بوشرائط داخلنده قطعیاً مداخله طرفداری کورنمیورلر . (میدندروف) اکثری کره ورمی یا فیل دیشندن معمول برخلقه ایله تضییق ایتمك اوزره احاطه ایتمکی و یاخود چورهٔ قحفه قاؤچوق برصارغی وضع ایتمکی توصیه ایتمشدر. قابلیت تناقصیه‌نك دوامی حالنده بر ورم مشترك مواجهه‌سنده بولندیغندن امنیته بر قناعت جزئیه حاصل اولوب و باخصوص نسج جدید التشکل قدامنده‌کی صفیحات عظمیه‌ده بر فرقعه مشاهده اولندیغی صورتده ام‌الصلبه طرفنده برکمئه وجودندن اشتباهه محل قالمز . بناءً علیه نسج مزبور اوزرینه ورمی حقیقةً تضییق ایتمك اوزره کوتاپرقادن برتقیه وضع اولنمغله تداوینك اك اسلم و بسیطی اجرا اولنمش دیمکدر اعاظم جراحیندن پك چوقلری اورام مذکوره حقنده مکمل مطالعه‌لر اجرا ایتمشلرسه‌ده مع هذا اوصاف قاطعهٔ تشخیصیه‌یی‌ده کمال احترازله قبول وتصدیق ایدیورلر . بنابرین بسیط بر دوال ایله بردوال فرعی و یا بر جیب سهمی فتقنی تشخیصده مؤلفین مومی‌الیهه نظراً دوچار

حاضرەنك دائرهٔ فكر و اميدينه داخل اولمشدر . كرچه انذار واعراض مرض نقطهٔ نظرندن كلى تعديلات ايله مطالعه اولنيورسەده يالكز بيك يديوز قرق طقوز سنەسى (سناقك) [نسج قلب ، فعل قلب وامراض قلب] سرلوحەلى مطالعەنامەسنده بونوع جروحه دائر اپجه قطعى برتفصيلات اعطا ايتمشدر . مومى اليه بوخصوصلردەكى موت عاجلى وظائف قلبيەنك اختلاليله نزف خارجى‌يه عطف ايديور ؛ مورغانى نام مؤلف حركت قلب شغاف داخلندەكى نزفك تضيقيله تعطيل اولور ديمشدر وفى الحقيقه كافهٔ مشرحين جديده بوفكرى تصويب ايديورلر .

قاطع برسلاحله حصوله كلان برجرحهٔ قلبيەده ينه دوام حيات مثال اوليسنى مشاهده ايچون (٠١ پاره) يه قدر تمديد نظر ايتمك لازمكلديكى كبى اسلحهٔ ناريەدن متحصل اولوب مرمياتك هم قاعده و هم زروهٔ قلبى تمزيق ايلديكى برجرحهٔ قلبيه مشاهدهٔ اوليەسى‌ده (١٦٤٦) [هانرى آب هرس] نام مؤلفك جملهٔ قيوداتندندركه بونده موت زمان وقعەدن انجق يدى كون صكره وقوعه كلمشدر .

(١٦٥٤) ده [بارتولن] بوكا متعلق پك چوق امثال ذكر ايتمش ومؤاخراً بو مثاللر كيت بكيت تعدد وتكثر ايلمشدر. ازان جمله برچوق زمان اقدم مجروح اولمش حيوانات قلبنده ندنصكره مرميات بولنديغنه دائر نيجه وقايع تعداد وروايت اولنيور .

بولنديغمز عصر كثير الاثارك ابتدالرنده (لاررى) مهم پك چوق مشاهدات شخصيه نقل ايله مجروح ايلك مخاطراتى صاوشدرمديغى صورتده درحال پلوراپى آچەرق دروندەكى انصباب دمه برمنفذ تأمين ايتمكى توصيه ايديوركه فى الحقيقه انصباب مزبور رشف وامتصاصه غايت معاصى اولديغندن وجودى، تهلكهٔ موتى ادامەدن بشقه برشئي منتج اولمز .

(بوير) (سانسون) (دوپويترن) (اوليويه دانژر) (ژامن) (لوغوئست) موريس رينود) بروجه بالا عرض اولنان وقايعه مشابه نيجه امثال ذكر وتحرير ايديورلرسەده بونلرك الك مهمى (فيشرك) ١٨٦٩ تاريخندەكى مخطرەسيدر . مخطرهٔ مزبورك حاوى اولديغى درتيوز اللى ايكى مشاهداتك يالكز يتمش ايكيسى افواه ناريەيه متعلقدر .

اسلحهٔ حربيه ايله اولان جروح قلبيه استاتستقلرك مفادينه نظراً مستثنا عد اولنمق لازمكليور حالبوكه اشبو ايستاتستيقلر ميدان معركەده هدف نار جانسوز اولان مجروحلرى حسابه المديقلرندن بالطبع كثرت حقيقيەيى اشعار ايدەميورلر .

(ساتى) يه نظراً جروح قلبيەنك جروح صدريەيه نسبتى يوزده ٨,٦ اولوب اشبو

جهت مجرد مرمينك پلورانك وريقهٔ رقيقه‌سنی مرور ايتميه‌رك تماسده قالمسی ومرور زمان ايله بروجه بالا عرض ايتديكم جيبی تكوين ايتمسيدر مشاهده‌مك ايكنجيسی مثلث اسقارپانك زوزهٔ يماسنده‌كی واسع برام الدم وريدیٔ شريانی كيسه‌سنك انشقاقيدر درحال استعمال اولنان (قومپرسلر) نزفی بسبتون قطعه كفايت ايتميوب قرحهٔ جلدينك محيطيده تموت ايلمشدی. حركت عمايه‌می مريضك ضعفيت فوق‌العاده‌سنه توفيق ايدرك درحال طرفك جذرينه مضاعف برخياطه وضع وكيسه ايله اقسام متموته‌نك قلع واخراجنی مناسب بولدم .

اسف اولنوركه اعطا اولنان (شامپانيا) و منبهات سائره‌نك فعلنه رغماً ينه مريض مداخلهٔ جراحيدن سكز ساعت صكره ترك حيات ايلدی .

اوچنجی مشاهده‌م (٤٤) سانتمتره عرضنده (١٩) سانتمتره طولنده برآلت واخذه وقاطعه‌دن متكون برجرحهٔ نافذهٔ صدره عائددر .

اشبو مجروح آلت قاطعهٔ مزبوره‌يی النده غزته طوتمقده يعنی قوللری جذعندن جزئی متباعد بر وضعيتده ايكن اخذ ايتمش و بنابرين آلت مزبور خلفدن قدامه خارجدن داخله وتام خط ابطی استقامتنده اوله‌رق اوچنجی مسافهٔ بين‌الضلعيهٔ يسرادده متداخل اولمشدر . جرحهٔ خارجيه سكز سانتمتره طولنده اولوب حتی اوچنجی ضلعك برقسميده مقطوع اولمشدی . وقوع فاجعه ايله بنم مجروحك يانه وصولم تقريباً اوچ دقيقه‌يی تجاوز ايتمامشكن بيچاره قضازده‌يی ميتاً بولدم . كرچه فتح ميت اجرا اولنمدی ايسه‌ده كرك موتك سرعت وقوعندن وكرك نزف داخلی وخارجينك وفرت كثرتندن ناشی بطينات قلبيه‌دن برينك بر جرحهٔ هالكی اولديغنی تشخيصده دوچار مشكلات اولمدم .

فی‌الواقع بومثللو جروح ؛ قلبك اقسام سائره‌سندن زياده بطيناتنه اصابت ايلرلر .

ژامن — ٨١ وقعهٔ جرحيهٔ قلبيه‌نك قرق اوچنی بطينات يمنا و يكرمی سكزينی بطينات يسراده بولمشدر .

وكذا ديكر ٩٠ وقعه‌دن قرق اوچی بطينات يمنا و يكرمی سكزی بطينات يسرا وطقوز عدديده هر ايكی بطيناتی اشغال ايتديكنی (فيشر) ذكر ايديور . افواه ناريه‌يه متعلق اولان ٧٢ وقعه‌نك يكرمی ايكيسی بطينات يمنا واون التيسی بطينات يسراده‌در.

مؤلفين عتيقه اجواف قلبيه‌يی تأثرياب ايدن جروح قلبيه‌يی بلا فاصله سريعاً مهلك كبی نظر ايدرلرسه‌ده شوافكار وقايع جديديه مستند دكلدر . هم واخذ و هم اسلحهٔ ناريه ايله وقوعه كلان جروح قلبيه‌نك قابليت و امكان شفا و التيامی ارتق جراحين

كبى حامل اولەجغندن بالطبع بونك دخى (ئوبلازمك) حصولنده ذى تأثير اولمسى موفق مصلحتدر .. والحاصل عملياتك تأثير مخرشى و هله حصول سرطانده مدخلدار اولمسى قطعياً اشتباهدن ازادەدر .

ميرالاى
دوقتور جميل

﴿ جروح نافذهٔ صدر ﴾

(جمعيت طبيهٔ شاهانەنك ٩٥ سنەسى ١٠ مايسنده قرائت اولنمشدر)

حيدر پاشا خستەخانەسى سريريات خارجيەسنده اخيراً تصادف اولنان برقاچ مجروحين حربيەنك احوال مرضيەسى شايان اهميت بعض خصوصاتله پيراسسته كورلديكندن جمعيت عاليكزه تبليغه سزادر .

ايلك مشاهدەم غايت جزئى برمسافەدن آتيلمش ضعيف القوه بررولوردن متحدث برجرحهٔ غير نافذەدن عبارتدر . جرحهٔ مزبورى حامل اولان نفر ٢٤ ياشنده اولوب هيچ برسابقهٔ مرضيەئى مهمه وارثيه ابراز ايتميوردى .

مرقومك معاينەسنه ابتدار اولندقده بشنجى ضلع يسرانك ناحيهٔ ضلعىٔ غضروفيسى اوزرنده متبارز ازرار ايله محاط و برسنەدنبرو اشبو محلده غيب اولمش برمرمينك وجودندن متحدث و بنابرين برالتهاب مزمن ابراز ايدر برناصور مشاهده قلنمشدر امدى برشق جلدينك اجراسندن و سمحاقدن دخى تعريەسندن صكره ضلع متغيرك برقسمنى رفع وغيب اولان مرمىيى شمدى منظور عاليكز اولديغى وجهله پك چوق كمئاتله مستور اولديغى حالده چيقاردم . بوصورتله آچيلان مسافهٔ واسعەده حال طبيعيسنى تبديل ايتميان غشاى جنب ايله ضربان قلبيه وزروهٔ مرمينك تحفر واسكان ايلديكى برنوع جيب سهولتله مشاهده اولنوردى .

اشبو عملياتمك نتايجى مطلوب وجهله وصورت طبيعيەده جريان ايتمش يعنى مضاد تعفن برتفجير وظيفەسنى ايفا ايدن غاز معقمى فرداسى كونى اخراجدنصكره تيمارى انجق تندب تامى مشاهده ايچون آچدم . شومشاهدەده شايان دقت واهميت اولان

نقطهٔ نظرندن اساساً غير كافى اولديقلرندن خستكانى نكس تهلكه‌سنه دها از القا ايدن عمليات تجزيه اوغرنده فدا ايتمليدر . بوندنماعدا (قراسـق) عملياتى يك زياده ترقى‌يه مستعددر . زيرا كرك قطع نزف تدابيرينك سهولت ومكمليت اجراسى وكرك حذعى تا ايلرويه قدر كتوره‌بيلمك امكانى بوطرزك اوصاف رجحانيه‌سندن معدود بولنيور حتى اسكى عمليات تجانيه‌لر قدر وخامت ابراز ايتميوب مدت عمليه ايسـه اوقدرده طويل دكلدر .

معهذا معاى مستقيمك اخراجى بسبتون تهلكه‌دن خالى‌ده عد اولنه‌مز . فى‌الوقع بعض كره عمليات اولنان شخصك نسج حجروىٔ حوصلينك برفلغمون عفنيسى وتقيح دمله ترك حيات ايتمسى نادراتدن دكلدر . فقط شوعمليه ايچون نقاط دروزيه ميانه «فجرات و يا غاز معقملردن فتيللر وضع اولنمقدن فائده حاصل اوله‌جغى تأمل اولنديغى دمدن اعتباراً طرز مزبوره ايچون مهم برترقى چيغرى آچيلمش اولدى . چونكه كرك مفجرات اولسـون و كرك فتيللر اولسـون داخل حوصله‌ده‌كى انسجهٔ منمضه‌نك سريعاً انتانى موجب اوله‌جق مايعـات عفنيه‌يه سربست برر مجرا تشكيل ايدرلر . معمافيه خستكان مارالذكرفلغمون و يا تقيح دم نتايجيله رسيدهٔ فنا اولمديقلرى زمان دخى بونلردن دها مشئوم برعارضهٔ بعد العمليه‌يه اوغرامسى ملحوظدركه اوده جريحهٔ معائيه‌نك عدم اتحادندنناشى سقوط معاى مستقيمدر حتى اخيراً اوروپا ، ليون ، لوندره‌يه وقوعبولان سياحتمده (قراسق) و (شرج) تجزى عملياتنى متعاقب اولان بوكبى وقايع مشهودم اولدى . ظن ايدر ايسـه‌م شوعواقب مؤلمه محضا تفجيرده‌كى نقصاندن ايلرو كلمشدر بناً على هذا اولا (آسپسى‌يه) شديداً رعايت ؛ ثانياًده نقاط دروزيه ميانه مفجرلر و يا غازات معقمه‌دن فتيللر وضع ايتمك سـايه‌سـنده مهلكهٔ معروضه‌نك دخى اوكى آلنمش اولور . شومشـاهداتمى اكمال ايتمزدن اقدم سرطـان مستقيمينك ناصور شرجى عملياتندن صكره كثرت وقوعنى بيان ايتمك ايسترم . نته‌كيم عرض ايلديكم مشـاهده‌لرله داخل شهرده تصادف ايلديكم ديكر بر سرطان مسـتقيم وشرج ، برناصور شرجى عملياتنى متعاقب تكونـمـا اولمشدر . اشـته بواوچ خسـتكان ناصورلرك موجوديتى زمانـنده حامل سرطان دكل ايديلر .

فقط بوراده ناصورلرك تكون جديدى موجب اولميوب انجق خستكان مرقومه‌نك ذاتاً سرطانه مستعد اولملرى سببيله اورام مزبوره‌نك بوصورتله ناحيهٔ شرجيه‌ده برموقع ضعيف ومساعد بولديقلرى تحقق ايتمش بولـيور .

ديكر طرفدن اساسـاً مقاومتى دون اولان اوناحيهٔ مؤلمه‌ده عمليات بياغى برجرح

كلمشدر . اشته او زماندن برو تغوط غايت انتظام وسهولتله دوام ايديور. بو كون ايسه عملياتك اوچنجی ماهيدر . مريضك حالت عموميه‌سی شايان حيرت بر درجه‌ده صلاح كسب ايتمش وازجمله سيماسی فوق‌العاده بر طراوت وبدنی عمليات كوننددن اعتباراً رفته رفته ترقی ايدر بر ثمن پيدا ايلمشدر. حصيهٔ يسرا طبيعيلكنه عودت ايتمشدر .

مشهود عاليلری اولديغی وجهله شرج عجزينك محيطی‌ايله انساج قرب معائيه تماماً سالمدرلر. شمدی‌يه قدر بر اثر نكس ظهوره كلمدی. مريضك معلوليت واقعه‌سی شرجنك موقع حاضرندن ماعدا محاط مستقيمينك بارزهٔ صغيره‌سی ايله بر ازده غازات ومايعاتك سلسندن عبارت اولوب بونلره قارشو موسيو (زوغرافوسه) بر جهاز مخصوصده اعمال ايتديرمشدك .

بناءبرين بر قاچ ماهه قدر وظائف شرجيه‌نك بر حال طبيعی المسنی ومعصره‌نك تكونيله بالجمله خصوصاتكده انتظامه كيرمسنی مأمول ايتمكده‌يم .

سرطان شرج ايچون درميان اولنان (قراسق عملياتنك) ظن ايدر ايسه‌م شمدی‌يه قدر استانبولده همان برنجی دفعه‌سيدر . مع‌مافيه اليوم استانبول كمركنده مستخدم اولوب سرطان شرج وقسم سفلیٔ معای مستقيمه مبتلا بولنان اللی ايكی ياشنده ديكر بر شخصده بوندن اوچ سنه اول حذع معای مستقيم عملياتی (ليسفرانقك اصول عتيق عانيسی ايله) ياپمشدم شويله‌كه معای مستقيمك التی سانتمتره‌يه يقين بر محلنی بالخزع حصوله كلان جرحهٔ مستقيمی‌يی ايپك ايپلك واسطه‌سيله جلده تثبيت ايتدم .

غريبدركه بو خسته بر ناصور قرب شرجی‌يی‌ده حامل اولوب ناصور مذكوره ينه بن عمليات ياپمشدم حالبوكه مرقوم بالآخره دوچار اولديغی سريع‌السير بر ورم سرطانيدن طولايی او وقعه‌دن التی ماه صكره سريرياته تكرار دخول ودرحال عمليات اولنمشدر .

حالبوكه مرقوم بالآخره دوچار اولديغی سريع السير بر ورم سرطانيدنطولايی او وقعه‌دن التی ماه صكره سريرياته بتكرار دخول ودرحال عمليات اولنمشدر . اشبو مريضی اخيراً ينه كوردم هيچ براثر نكس اولمدقدنماعدا كرك معصرهٔ عليا سايه‌سنده وكركسه معای مستقيمك نهايت جديده‌سنده حصوله كلان تكمش ندبی سببنه مواد غائطه اولدجه صورت طبيعيه‌ده اداره اولنمقده ايدی .

اشته بروجه معروض استحصاله موفق اولديغم نتيجه‌نك مستحسنلكنه رغماً ينه شايد معای مستقيمك خذعی عملياتی ياپه‌جق اولسه‌م (قراسق) اصولنی قبول ايدرم . فی‌الحقيقه بو طرز عمليه الك منتخب ومستحسن در . بوكون صورت مطلقه‌ده قناعت حاصل ايتدمكه شمدی‌يه قدر اختيار اولنان اسكی عمليات اصوللری حصول مقصد

وبتون بو عملیاتلر اثناسنده آچیلمیان رتج پریطونی‌یی (غاز استریلیزه‌لر) ایله محافظه ایتمش ایدم .

قطع نزفك مکملیت مطلوبه‌سندن تماماً تأمین وجدان ایتدکدنصکره معانك نهایت علویه‌سنی جریحهٔ جلدیه‌نك زاویهٔ علویه‌سنه بعدالربط بعض خیاطه نقطه‌لری بیانه (غاز معقمدن) بر قاچ فتیل براقه‌رق بر شرج عجزی تأسیس ایتمش اولدق .

شرجك قسم قدامیسنی سد وجوف متباقی‌یی‌ده غاز معقمدن کبیر بر فتیل ایله املا ایدرك عملیاتمزی اکمال ایتدك .

عملیات بر ساعت امتداد ایدوب عملیاتی تعقیب ایدن زمانلری مریض پك کوزل کچیرمش وکمال استراحتله اویومشدر .

٨ شباط ١٨٩٥ — حالت عمومیهٔ مریض پك شایان ممنونیت اولوب درجهٔ حرارت صباحلین ٣٧,٥ واقشام ٣٧,٨ در .

٩ شباط — صباحلین حرارت ٣٨.٢، تیمارایچون قوللانیلان قطعات، دمله تلویث اولندقلرندن تبدیللرینه لزوم کورنمش وغاز معقمدن قونیلان فتیللر یرینه قاؤچوقدن مفجرات صغیره اقامه ایدلمشدر . انابیب مذبوره‌دن اولدقجه عفنی بر مصل سیلان ایتمکله زراقات فنیکیه اجرا ایدلمشدر .

١٠، ١١ شباط — حما قالمیوب خسته‌ده کوزل بر حالده بولنیور ایدی .

١٢ شباط — تیمار تبدیل ایدلمشدر . ناحیهٔ عملیه‌نك منظره‌سی اوصاف سلیمه‌یی حائز اولوب تلهبدن اثر بیله کورنمامشدر یالکنز مفجراتدن پك قلیل قیح سیلان ایتدیکندن زراقات فنیکیه تکرار ایدلمشدر. حصیهٔ ایسر بر از منبتج وموجعدی .

١٦ شباط — خیاطه‌لر رفع اولندی. اتحاد درجهٔ اولی ایله وقوعه‌کلوب تقیح پك جزئی ایدی. هر ایکی کونده بر تیمار اجرا اولنیوردی .

٢٠ شباط — حصیهٔ ایسر ارتق انتباج ایتمیوب مفجراتده کوریلان تقیح کاملاً تناقص ایتمشدی .

٢٧ شباط — جورهٔ شرجده تقیح قالمامش، ومفجرات صغیره حذف اولنمشدر . ارتق مریض بر از قالقوب قفوش درونده کزه‌بیلمکه اقتدار کسب ایتمشدر .

٢٠ مارت — تندب تماماً وقوعه کلدی. غایت جزئی مقدار مصل سیلانه مخرج اولان ناصوردن بشقه بر شی قالمامشدر .

بعدالعملیات تمان اون سکز کون افیون، نافتول، صفصافیت بیزموت واستطعام مقبض ایله مریضك انقباضنه چالشدق . ایلك دفع حاجت (٢٧) شباطده وبلااضطراب وقوعه

قلوروفورم ايله ابطال حس وناحيهٔ شرجئ مستقيمنك غسولات وازالهٔ تعفنه پك مكمل دقت صرف اولنمشدر. مريض خذع مثانه عملياتى وضعيتنده يعنى ركبتين فخذين اوزرينه ملتوى ويكديكرندن متباعد اوله‌رق ظهرى اوزرينه ياتيرلدى. فتحهٔ شرجك بر قاچ ميليمتره خارجنده دائره‌وى بر شق قرب شرجى ياپدم. اشبو شق ناصورك طرف ايسرى اوزرندن كچمك وعجزك وسطنه قدر صعود ايتمك اوزده طولانى خلفى برشق ديكرله اتمام اولندى. مؤخراً ينه ناصورك عين جهتندن كذران ايتمك اوزره عجزدن متوارد ياپيلان اوچنجى بر شق اولكى شق دائره‌وى‌يه ايصال ايدلمكله معصرهٔ شرجى، ناصور وبعض ارتشاحات نئوپلازيه ابراز ايدن ناحيهٔ عصعصيه‌يى حاوى برشريحه قطع ايدلمش اولدى. قارسينومك اقسام مرتشحه‌سنى قطع ايتمك وبو صورتله سطح نئوپلا-زيه‌نك مايعات عفنيه‌سنى جريحهٔ عمليه ايله تماسدن وقايه ايتمك ايچون ممكن مرتبه اختياطله شريحه‌يى تحريك ايتدكدنصكره عضلات اليويه ارتكازاتنى بالقطع عجزك قطعهٔ سفليه‌سيله عصعصك وجه خلفيسنى ميدانه چيقاردم . اربطهٔ صغيرهٔ عجزئ وركى‌يى وعضلات وركيهٔ عصعصيه‌يى بعدالتقسيم اقسام مرتشحه اوزرينه بعض التصاقات ابراز ايدن عصعصنك مفصليتنى امحا ومؤخراً (پنا)نك قوتلى بر (آمپورت پيه‌سيله) اربطهٔ كبيرهٔ عجزئ وركى‌يى عاليدن اسفله قطع ايتدم. عجزك كافهٔ قسم سفليسنى اوچنجى ثقبهٔ خلفيه تحتنده واستقامت مستعرضه‌ده اوله‌رق رفع ايتدم. اشته عجزك قطعهٔ سفليه‌سنى محيط اولان (نئوپلازمك) اقسام مرتشحه‌سنده تماميله ازاله وخلفئ حوصلى برخرمهٔ عريضه‌يه دسترس اولمق ايچون يگانه اصول بو اولديغندن بن دخى بو وجهله حركته مجبوراولدم. قنات عجزى حقيقاً آچيلديسه‌ده بوندن هيچ بر عارضه حصوله كلمامشدر .

اشبو قنات بر طرفدن معاى مستقيمك جدار خلفيسنى احاطه ومعاى مذبورى عجزه واقسام مجاوره‌يه طوغرى تثبيت ايدن ترشحات سرطانيه‌يى لايقيله مشاهده‌يه وديكر طرفدن‌ده امعايى عنايت سهولت و بياغى تا اقسام سالمه‌يه وارنجيه قدر قولايلقله تمامها قلع وتطهيره پك زياده مدار اولمشدر .

مبذولاً نزف پيدا ايدن قطعهٔ عظميه‌نك نزفى بالتضييق كسديرلمشدر. بوندماعدا معاى مستقيمى مثانه، پروستات وحويصلات منويه‌دن تفريق ايتدمسه‌ده ارتشاح سرطانى حويصل منوئ ايسريه قدر داخل اولديغندن قنات مفرغه‌سى اوزرينه بر خياطه وضع ايتدكدنصكره آتيده رفعه مجبور اولدم. بو صورتله تفريق اولنان امعا خارجه چكيلوب ايكى ملقط ميانده اوله‌رق قطع اولندقدنصكره شرجله برابر چيقارلدى. معاى مستقيم ومعبر ناصورى احاطه ايدن انساج شحميه ايله جلد غايت واسعاً رفع ايدلمش

صوك زمانلرده يا بر طرفى ويا بطنى اوزرينه ياتمغه مجبور بولنيور . بوندنماعدا عجزء بطن اوزرينه منتشر اوجعهٔ سيارهده موجوددر. غايت تحملسوز اضطرابات توليد ايدن مس سروميده شرجدن اوچ سانتمتره بر بعدده، متصلب، متقرح، سهيلاً مدمم ومعاى مستقيمك قسم خلفيسنى اشغال ايدر بر ورم كوريلور. فتحهٔ خارجيهٔ ناصوردن ادخال اولنان بر (استيلهنك) اوجى ورمك وسطندهكى مقعريتك عمقنده محسوس اولور.

ورم مذكور پك قولاى تذلق ايتميوب اقسام متجاورهيه ثابت وملاصقدر . حدود علويسى انجق شهادت پارمغيله قابل تقديردر. كنديسى خلقوى اولميوب معانك جداى قداميسنك بر قسمىده بونك تأثيرندن مصون قالمشدر. اشبو استقصا آتك كافهسى غايت طاقت افكن اوجعه ايله اكمال اولنمشدر . معاى مستقيمده قطعياً اثر تضيق يوقدر . اوجعهٔ معروضه سببنه تغوطدنخى بالطبع زحم آوردر . خصوصيله مريض پك صيق صيق دفع طبع احتياجى حسيله بيزاردر. مواد غائطه ايله صديد همان على الدوام فتحهٔ خارجيهٔ ناصوردن مطرح ومنفرغ اولورلر. شرجدن خروج ايدن مواد غائطه بعضكره خون آلود وصديديدرلر. اجرا ايتديكمز الك مدققانه بر معاينهده بيله هيچ بر تورم عقدى مشاهده ايدهمدك. والحاصل حالت عموميهٔ مريض موجب خشنودى اولهجق رادهده دكلدر . بر قاچ ماهدنبرو پك چوق ضعفه دوشمش وهله اشتهاسيله نومى اوجعه سببنه كلياً تناقص ايلمشدر. كبد، طحال وكلتيان جهتندن شايستهٔ اشعار بر خصوصيت موجود اولميوب ادرار ايسه طبيعيليكدن بشقه بر حالده دكلدر .

تشخيص مرض : — شرجك فوقنده واقع ومعاى مستقيمك جدار خلفيسنى شاغل وخارجه بر ناصور ايله متصل (سرطان خارج پريطونىء مستقيميدر) .

ورمك ممكن اولديغى قدر عريضاً قلع واخراجى لزومى تظاهر ايتمش ايسهده نسج جديد پك اشاغى نزول ايدهجكندن بو حالده شرجك فداسى اقتضا ايدر ايدى . فقط قنات معائينك محافظهٔ تماديسنه چالشمقدن صرفنظر ايدرك (باردنئر) طرفندن تعديل اولنان (قراسق) اصوليله بر شرج بجزينك تشكيلنه قرار ويردم .

ذاتاً مريضده بو علت مخوفهٔ مزعجهسندن بر ان اول تخليص جان طلبنده بولنديغندن مداخلهٔ جراحينك بهمهحال اجراسنى صوك درجه شدتله استرحام ايلمكده ايدى.

عمليات : — مريض بر قاچ كون پرهيز لبنىيه قونيلهرق، مسهلات ونافتول اعطا ايدلدى. ينه شو زمانلرده معاى مستقيم منتظماً بوريك محلولاتى زراقاتيله غسل وناحيهٔ شرجيه اصولى وجهله تيمار اولندى. عمليات ١٨٩٥ سنهسنك ٧ شباطنده مكتب طبيهٔ شاهانهده اجرا اولندى .

اشتها يرينه دخی افراط اشتها قائم اولمش وبش سنه‌دنبرو بو قادينك حالی پك فوق‌العاده بولنه‌رق اليوم (٩٠) كيلوثقلتنی بولمشدر. وحق بوكونه قدرناقابل تسكين براشتهادن بحث واشتكا ايتمكده‌در. مع‌التأسف عرض اولنان شو وقعه‌ده دخی اثار اختناقيه شارقونك استعمال ايتديكی معناده اوله‌رق تحری اولنه‌مامشدر. شو قدركه مبحوث‌عنها قادينك وراثت نقطهٔ نظرندن بر خصوصيتی حائز اولمديغی شوراده درميان ايتمكه لزوم واردر.

(مابعدی وار)

سرطان معای مستقيم

شرج ومعای مستقيمك (قراسق باردانهور)ك طرز تجزيسيله اصول اخراجی وبر شرج عجزينك تشكيلی — شفا

قراسق عملياتی ايله شفاپذير اولان بر وقعه‌يی حضوركزده تذكار ايله شرفياب بختيارم.

(٤٥) ياشنده بولنان كتابجی مغرديج مبتلاسی اولديغی ناقابل برؤ بر ناصور شرجينك تداويسی ضمننده، ١٨٩٤ سنه‌سی كانون اولی يكرمی‌بشنده مكتب طبيهٔ شاهانه سريريات خارجيه‌سنه داخل اولمشدر. سوابق ارثيه وشخصيه‌جه هيچ بر خصوصيه‌ته مالك اولمديغی كبی، فرنكی، تدرن مثللو امراض بنيويه‌دن دخی تماماً عاريدر. شو قدركه ١٠ سنه‌دنبرو (انتفاح رئه) علتی چكرمش.

بدايت مرضی: بوندن ٣ سنه اول مريضك قرب شرجنده وعصعصه يقين بر محلنده بر خراج پيدا اولور. مؤآخراً بو خراج شق اولنه‌رق بر خيلی زمانلر ناصوری قالدقدنصكره نصلسه بالاخره بذاته تندب ايلر. بر سنه صكره ينه عينی محلده بر خراج تشكل ايدرك (قامبوراوغلی) طرفندن المانيه خسته‌خانه‌سنده تداوی اولنور. لكن او زماندنبرو ناصور متشكل انسداد ايتميه‌رك عفنی بر ماده ايله مواد غائطه‌دن عبارت بر سيلان قيحی دوام ايتمكده بولنمشدر.

مريض بر قاچ ماهدنبرو اوجعه شديده ايله مترافق وانقباض ايله متناوب اسهالاته دوچار اولمشدر.

حالت حاضره:— بدنك قسم مؤفی نظر معاينه‌دن امرار اولندقده قرب عصعصده معای مستقيمله مشترك بر ناصورك فتحهٔ خارجيه‌سی مشاهده اولنور؛ ناحيهٔ عصويه تضييق ايله موجع وبرازده سرتجه‌در.

مريض اوطوره‌جق ويا ياتاجق اولسه وجع اولدرجه اشتداد ايتمكده‌كه هله شو

قالمدی. شمدیه قدر دیکلنمکسزین بر قاچ خطوه بیله آتهمیان مریضه (کورتاژ) عملیه‌سندن یکرمی بش کون صکره بلاتوقف بشکطاشه قدر کیتمشدر.

اشته اولوقتدنبرو عسرت تنفس‌ده کلیاً زائل ومندفع اولمشدر. سکز ماه اولیورکه معلومات مستحصلمه نظراً مریضه‌نك عافیتی برکمال ایمش .

مادام (ك.) اوتوز یاشنده وهنوز اون یدی یاشنده تأهل ایتمش قوی‌البنیه بر قادین اولوب سوابق مرضیه وارثیه‌جه هیچ بر خصوصیته مالك اولمدقدن‌ماعدا بنیه‌جه‌ده مکملیت مطلوبه‌یی حائزدر. ازدواجندن بر، بر بچوق سنه صکره کمال عسرتله وضع حمل ایدوب بونی‌ده مدهش بر حمای نفاس تعقیب ایلمشدر. اشته بو دمدن اعتباراً دوچار اولدیغی بر عدم اشتها کون‌بکون کندیسنی ضعیفلته‌رق بو حال طبیب مداوتسازیسی رفیقم موسیو (سیوتیس) طرفندن صرف اولنان اقدامات خلافنه بسبتون‌کسب وخامت ایتمشدر اوقدر زمان بونجه مداوات واستشارات مهمهٔ طبیه‌یه رغماً زوالینك حالی صلاحپزیر اوله‌جغی یرده رفته رفته واصل شئامت اولمشدر .

اولقدرکه بو عدم اشتها بیاغی بر عدم بلع کبی تلقی اولنمقده مجبوریت کورنمشدر . مریضه کافهٔ اطعمه‌دن لذتیاب اوله‌مامق شویله طورسون استکراه ایتمکه باشلمش وهله حالت انقهال کون‌بکون تماماً مشتد اولمشدر خصوصیله اره صره نمایان اولان بر (سهر) بیچاره‌نك حالنی بر قاتدها بدتر ایتمکده ایدی. شونی سویلمکی اونوتدمکه مریضه ایلك دفعه کورمش اولدیغم ۱۸۷۸ دن ۱۸۹۱ سنه‌سنه قدر ایکی دفعه (ذات‌البریطونه) هدف اولمشدر. حالت تناسلیه‌سنه کلنجه بروجه بالا ذکر اولنان اعراضدن‌ماعدا کلیتاننده دخی براز اوجعه موجود ایدی. اشبو اوجعه طبقی عدم اشتهاسی‌کبی انجق عادات شهریه‌سی زماننده مزداد اولورایدی. بووجعلرك مجرد برافت رحمیه‌دن انبعاثی حقنده ایلك دفعه اشتباه ایدن موسیو (سیوتیس) اولدیغنی اعتراف ایلرم .

بناء علیه رباط عریض ایمن قاعده‌سنك فوق‌العاده تقاصری سببنه رحمك دخی طرف متقابله شدیداً انحرافی ایچون بر تداوئ موضعی لزومنی حس ایتمش ورحمك بوانحرافی مجرد دورانك اختلالنی مؤدی اولمقدنناشی بالنتیجه حجمنی‌ده تزیید ایلمسی عقله موافق کورنمشدر. فقط هر حالده پك مترقی بر ذات‌الرحم مزمن مواجهه‌سنده بولندیغمز تحقق ایتدی . بوکا قارشو اتخاذ ایلدیکم تداوی ایسه صرف موضعی اولوب بر طرفك محیط رحمیسنده‌کی حیاطهٔ ندبی اوزرینه (ماساژ) ودیکر طرفدن داخلاً ده حبغ ایبود زراقاتی ایله بر ذات‌الرحمه قارشو استعمالی معتاد وخاص اولان وسائط سائره‌نك تطبیقندن عبارتدر. دها (ماسساژ)ك بر قاچنجی تکرراتی متعاقب عدم ذوق اطعمه زائل وفقدان

معلومز واردر. اشته نوقتدنبرو بو بحث ایچون خصوصی بر قومیسیون انعقادینی تكلیف ایتمشدم.
كرك موسیو (بارن) وكرك رفقای مشتهره‌سنك رحمی، كلیاً خاطردن سیلان عصبیونه قارشو بو بابده نه سویلسه‌لر حقلری واردر ؛ فقط امراض نسائیه اربابی‌ده هنوز نقصان كوردیكمز تحریات وكشفیاتلری ایچون عصبیون طرفندن نقدر مؤاخذه اولنسه‌لر بجادر. فی‌الحقیقه اختناقك اولقدر باهر ومميز اولان آثار واوصافنی خستكانلرنده ارائه فكرنده كورنمدیكلرندن طولایی نه (بارن) ونه‌ده رفقاسنك بو خسته‌لری اختناقلی دیمكه حقلری یوقدر .

افندیلر، حقمده ابزال بیوریلان صبر وتأنی‌یی سؤ استعمال خوفیله اكمال مرامده استعجال ایدیورم. فقط صرف شخصی اولان بر قاچ وقوعاتدها نقلمه مساعده اولنمسنی ده تمنی ایدرم .

كلیبولیلی مادام (ق.) اوچ چوجغه مالكه وعادات شهریه‌سی منتظم اولوب صوك اولادی یدی یاشنده‌در. نه سوابق ارثیه ونه مرضیه‌سنجه شایان اشعار بر جهت یوقدر مرقومه یدی سنه‌دنبرو نچهٔ بیدادنده صیزلندیغی تحملسوز بر عسرت تنفس ایچون ١٨٩٢ حزیران اونبشنده بنده‌كزه مراجعت ایتمشدر. زواللی قادین توقفسز اوچ خطوه بیله آتەمز وهله شو صوك زمانلرده اویقو بیله اویویامز ایمش !

بونكله اك زیاده وقف نفسدن بیزار اولیورمش . مرقومه‌ده عسرت تنفس صوك وضع حملندن سكز ماه صكره بداً ایتمش ایسه‌ده امور ومصلحتنی اداره‌ده بو یوزدن دوچار ممانعت اولمامقده و یالكز عادات شهریه زماننده عسرت تنفسك دوامی مدتجه یتاغندن چیقمامغه مجبور قالمقده‌در. اشته تام بو صوك وضع حملندنصكره مدار اشتكاسی اولان اضطراب كون‌بكون ارتمسیله رفقامزدن یك چوقلرینه مراجعت ایتمشدر. معاینه اولندیغی اطبانك ویردكلری كافهٔ معالجات هیچ بر خفت حصوله‌كتورمامشدر. اعضای صدریه وسائره‌نك معاینه‌سنده جای اشتباه بر شی كورلمامش واعضای تناسلیه‌نك تحریا- تنده بر التهاب رحم مزمنله مترافق بر ذات‌الرحم قیحی موجودیتی تبین ایتمشدر .

مداوات سائره‌نك بلاتأثیر قالمسنی نظر امعانه النجه یدی كره قلوروتوتیا اكتوا آتی وانی متعاقب غسولات داخل رحمیه ایله ١٨٩٢ (١٨) حزیراننده (كورتاژ) یاپلمسنی تكلیف وتنسیب ایتدم (كورتاژ)ی تعقیب ایدن ایلك ایكی كون ظرفنده عسرت تنفس دها مزعج واضطراب‌انكیز اولمش ایسه‌ده درت كوندنبرو حالت عمومیه‌سی دها محسوس بر درجه‌ده كسب صلاحه یوز طوتمش وحتی اونجی كون مریضه اضطجاع ظهریسنی محافظه‌یه موفق اولمشدر. اوچ ماهدنبرو مشتكی وبیزار اولدیغی (انتصاب تنفس) ارتق

شفاپذير اولديغنى حكم ايتمكه صلاحيت كورنيور . فى‌الواقع ظاهر حالده بو حكمه بر ديه‌جك يوقسه‌ده فقط آفات عضويهٔ رحميه‌نك بر حالت اختلاجيهٔ اختناقيه‌يى توليد ايتمسى وصرف (ژينه‌قولوژيك) بو مداواتك اعضاى مذكوره‌نك اعادهٔ انتظامى ايله اختناق رحمى‌ده ازاله واشفا ايلمسى ناقابل انكاردر. امراض نسائيه‌نك مطالعه‌سنده بر از دها تعميق نظر ايدلسه ديكر بر نقطه دها چيقاركه اوده بالخاصه وحيدالعرض اولان اختناقيلر كافهٔ مداوات عصبيه‌يه معاضى كورونورلركن عينى لوحهٔ مرضيهٔ سريريه‌يى ابراز ايدن موضعى بر مداوات مبحث‌النسائيه ايله سريعاً برؤياب اولمقده‌درلر .

بالفرض شارقونك (ايكنجى جلدك ايكيوز قرق اوچنجى صحيفه‌ده) ذكر ايتديكى عسرت تنفس اختناقى ايله خناق صدرى وبوكا مشابه دها نيجه امثال مرضيه بونجه سنه‌لردنبرو اجرا اولنان مداوات عصبيه‌نك هيچ بريله تأثرياب اولمامشلردر . حالبوكه (آمان) (ماقناغتون) طرفلرندن نقل اولناب بعينه اولكيلرينه متشابه بر چوق وقايعده رحمك موضعى بر تداويسيله درحال افاقت حصوله كلمشدر .

فن مشتاق وهوسكارى اولان مسلكداشلرمك بو مسئله ايچون (لوندره) امراض نسائيه انجمننده قرائت اولنان صوك مخطره‌يى اوقومه‌لرينى توصيه ايدرمكه بو صورتده علام منعكسه ويا اختناقيه‌نك كافهٔ تنوعاتنى ارائه ايدن (۲۷۰) خستكانك امراض نسائيه‌يه متعلق مداخلات ايله شفاساز اولديقلرينى كورسونلر . اشبو مخطرهٔ مهمه‌نك قرائتدن انبعاث ايدن مناقشه‌يه لوندره‌نك كافهٔ اساتذهٔ مرضيونى (ژينه‌قولوقلر) اشتراك ايتمش وبونلرك ابراز ايلديكلرى خدمات ومساعئ مبروره (شارقو)نك بالجمله مباحث فنيه‌ده‌كى مقتدابهلكنى بياغى اونوتديره‌رق جميع علائم اختناقيه‌نك مجرد آفات رحميه‌دن تولدينى متفقاً قبوله ميال كورنمشلردر .

مناقشهٔ مبحوثه حقنده بر فكر پيدا ايتمكز ايچون جمعيت مذكوره رئيس فخريسى (روبر بارن)ك بو بابده درميان ايلديكى سوزلردن بر جمله‌سنى نقلمه مساعده‌كزى استرحام ايدرم . مومى‌اليه عصبيونه توجيه كلام ايدرك ديمشدركه : « انلر دماغى تداوى وحالت عموميه ايله اعضاى هضميه‌نك صلاح حالنه بذل مقدرت ايده‌بيلورلر . فقط بونلرك بو هيجان ومساعيسى طبقى : ديبى دلنمش بر صندال ايله دكز اوزرنده بولنان بر كميجينك سبب خسارات اولان دليكى طيقيه‌جق يرده صنداله كيرن دكز صوينى بوشالتمغه چالشمسنه بكزر. اكر برشيئك سببى ارانمز ويا طانيلمق ايستنمز ايسه بونك عواقب ونتايجنك اوكنى المق قطعياً محالدر. بوصورتله تداوى‌يه اسيره اولان بيچاره قادينلره پك يازق!.. صرف بر آفت رحمى‌دن بشقه بر شيله متألم دكل ايكن بيمارخانه‌لرده سوريندريلان نقدر مظلو-

طفوزنجی سنه نومرو ۱۱۳ ۱ اغستوس ۱۳۱۱

جریدهٔ امراض الصحه

عسکریه و ملکیهٔ دولت علیهٔ عثمانیه

(مندرجات): اختناق رحم (مابعد)، — سرطان معای مستقیم (جمیل بك)، — جروح نافذهٔ صدر (ناظم بك)، — مداوات جراحیهٔ قحفیهٔ دماغی (میلوت شارپانتیه).

اختناق رحم

درسعادت جمعیت طبیه‌سنك ۳ مایس اجتماعنده قرائت اولنمشدر.

— مابعد —

مع‌مافیه مدونات امراض نسائیه‌ده باشلوجه بر مزیتی حائز کورینان اختلاجاتده کلیاً اغماض اولنه‌مز کرچه هر بررلرنده اولدیغی کبی بوراده دخی آثار اختناقیه‌یی تحریده متخصصین امراض نسائیه مجرد تسامح کوسترمشلرسه‌ده فقط مارالذکر اختلاجاتك وجودینی شارقو بیله تشخیص اختناقه کافی کورمشدر بنابرین نشبات اختلاجیه ایله زحمدار اولان بك چوق خستکانك صرف (ژینه‌قولوژیك) بر تداوی ایله نائل شفا اولدیقلری کتب مذکوره‌ده مسطوردر. صرف اختناقی اولان بو کبی وقایعده یالکز بر نقصانمز وارسه اوده شفانك تامیمی یوقسه بر اختناق رحم موضعی (ستیغماتلرینك) شفاسی اثناسنده (که مع‌التأسف بورالریده تحری اولنمامشدر) اختلاجات مذکوره‌نك هنوز موجودمی ویا تماماً زائل اولوب اولمدیغنك تعقیب ایدیلمامسنده قالمشدر زیرا (سالپتریه‌ر) مکتبنك قولنه کوره اختناق رحم آثاری کلیاً مندفع اولنجه‌ اواختناقك قطعیاً

نومرو ۱۱۳ طقوزنجی سنه



۱ اغستوس ۱۳۱۱

جریدهٔ اماراض الصحه

عسکریه و ملکیهٔ دولت علیهٔ عثمانیه

هیئت تحریریه

دوقتور دولتلو ماوروینی، سعادتلو ماقریدی و سویان پاشالر حضراتیله دوقتور پاردو، پیر آپه‌ری و دوقتور علی حقی افندیلر

مدیر
دوقتور سرپوسیان

کاتب
دوقتور مارقوسیان

غزته اداره‌خانه‌سی

جمعیت طبیهٔ شاهانه‌نك بولندیغی محلده: درسعادتده بك‌اوغلنده سقا سوقاغنده آصمه‌لی چیقمه‌ده

اعلانات و آبونه خصوصاتی ایچون ناشر جریده «آ. خریستیدیس»ه مراجعت اولنمالیدر
غلطه‌ده وویووده جاده‌سنده نومرو ۱۹

آبونه شرائطی

بر سنه‌لکی استانبول ایچون ۳۰ و ولایات ایچون ۳۶ غروشدر ممالك اجنبیه ایچون ۸ فرانقدر

(آ. خریستیدی مطبعه‌سی)

درسعادتده غلطه‌ده وویووده جاده‌سنده نومرو ۱۹

— ۱۸۹۵ —

9me ANNÉE. — No 114. 1/13 SEPTEMBRE 1895.



GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

DE L'EMPIRE OTTOMAN.

BUREAUX DU JOURNAL :

AU LOCAL DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE, ASMALI TCHIKMA, SAKA SOKAK, PÉRA.

CONSTANTINOPLE.

POUR LES ANNONCES ET ABONNEMENTS

S'adresser à l'Éditeur A. CHRISTIDIS

19, Rue Voïvoda, Galata, Constantinople.

PRIX DE L'ABONNEMENT PAR AN

Constantinople : 30 Ptres. — Provinces : 36 Ptres. — Étranger : 8 Francs.



CONSTANTINOPLE,

Imprimerie A. CHRISTIDIS, 19, Rue Voïvoda, Galata.

1895.

(اقرالترینلی بلانقا محلولی وقومپریمه‌لری)

الام عصبیه ، عضلیه ، سینیه ، غضروفیه ، ذات المفصل الخ .

(ده فرزنك پانقره آتینی)

PANCRÉATINE DEFRESNE

استکراه اطعمه، سؤهضم، الم معده، مشکلات هضمیه، شکرعلتی، ذات المعده، وسائره وسائره

پانقره آتین دەفرزن — سفوف حالنده ۲ الی ٤ قاشق — ٤ فرانق

جیبات هاضمهٔ دەفرزن — ۳ الی ٥ حب — ۳ فرانق اکسیر وشروب

(ده فرزنك فارین مالتەسی)

Farine MALTÉE Défresne

لبن متیبس ماده مقیس غدای اکمل

ده فرزنك فارین مالتەسی لبن مادرك عدم کفایەسنی تلافی ایتدیکی کبی بردنبره ارضاع حیوانیدن استطعام عادی‌یه کچمکده‌کی مخاذیر ومهالکی‌ده دافع وزائلدر

(روبنك پپتونیت حدیدی)

En dépôt chez M. AZNAVOUR, 7 et 8, Foundouklian Han (Stamboul) Constantinople.



هر طعامده برآز صو درونده اون الی اوتوز دامله پپتونیت حدیدی و یا روبن شرابی طعاملردن اول و یا صکره بر ایچکی قدحی

کلیتله بولندیغی محل استانبولده فندقلیان خاننده نومرو ۷ و ۸ .

(ویشی)

VICHY

ویشی صویی استعمال ایدن ذوات کرام بروجه آتی منابعی طلب ایتملری لازمه‌دندر

VICHY-GÈLESTINS

VICHY GRANDE-GRILLE

VICHY-HOPITAL

مستحصل بولندیغی منبعك نامی ادیکت ومحفظه اوزرنده محرردر

9me ANNÉE · N° 114 1/13 SEPTEMBRE 1895.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES DE L'EMPIRE OTTOMAN.

DEUX CAS DE HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE CHEZ L'HOMME.

Premier cas. — Mon premier malade nommé Minas, marchand de tabac, âgé de 50 ans, était depuis sept ans, porteur d'une hernie crurale.

Avant deux mois, à la suite d'un grand effort qu'il a dû faire, cet homme s'aperçut que le volume de sa tumeur au niveau de l'aîne droite, s'est brusquement agrandi, en même temps les douleurs et les vomissements suivirent de près l'accident. Le lendemain un médecin fait plonger le malade dans un grand bain. Le troisième jour des tentatives de taxis sont faites sans succès ; la tumeur n'était pas réductible,comme d'ailleurs toutes les hernies crurales étranglées qui sont les plus difficiles à réduire.

C'était le quatrième jour de l'étranglement que je vis le malade ; il était dans un état pitoyable, présentant tout le tableau symptomatique de la hernie étranglée.

La hernie n'était pas volumineuse, mais l'état général du malade était très grave. Dès le troisième jour de l'étranglement, les vomissements fécaloïdes avaient commencé.

Le malade, tombé dans la prostration, accusait une douleur extrême à la moindre pression sur l'abdomen ; on constatait en même temps un ballonnement bien prononcé.

Jusque-là la famille du malade s'opposait à l'opération, mais voyant l'état du malade s'aggraver de plus en plus, elle y consentit. Après avoir

stérilisé les instruments et obtenu l'anesthésie, j'ai commencé l'opération.

J'ai fait une incision oblique sur la tumeur de huit à dix centimètres et après avoir disséqué la peau et les tissus sous-jacents je suis tombé sur le sac.

Le sac ouvert, j'ai constaté des adhérences avec l'épiploon ; après avoir détruit ces adhérences, j'ai trouvé une petite tumeur marronée qui semblait être entièrement formée de l'épiploon ; en faisant une incision sur l'épiploon, j'ai trouvé l'intestin présentant la couleur noirâtre caractéristique de l'étranglement.

Après avoir séparé l'épiploon de l'intestin, j'ai réséqué en partie l'épiploon en faisant le débridement interne à ciel ouvert sur le ligament de Gimbernat ; aussitôt fait le débridement, l'intestin est rentré dans l'abdomen.

Pour couvrir l'anneau crural je n'ai fait que 4 ou 5 sutures sur l'aponévrose du muscle pectiné et l'arcade de Fallope. Après avoir fait les sutures de la paroi abdominale j'ai fermé la plaie.

Trois heures après l'opération,le malade a eu encore un vomissement fécaloïde. et quelques minutes après une débâcle ; il avait passé une nuit calme ; la température était 37.2 ; le lendemain il avait une légère colique; la température se maintenait toujours à l'état normal. Le 3me jour une selle abondante se produisit.

Le malade n'accusait aucune souffrance jusqu'au neuvième jour où j'ai enlevé les sutures. -- La cicatrisation était déjà faite par première intension et cinq jours après le premier pansement le malade vaquait à ses occupations tans bien que mal.

Second cas. — Un jeune homme de 25 ans, envoyé de la part d'un de mes collègues, vint me consulter dans mon cabinet.

Il me raconte que de temps en temps une petite tumeur sortait de son ventre, et qu'avec une légère tentative de réduction elle rentrait ; pourtant depuis une semaine le tumeur ne rentrait plus.— Je sens, disait-il, dans ce point-là une lourdeur et une gêne. — Il est vrai que la hernie était irréductible mais elle n'était pas étranglée. La constriction du collet n'était pas très prononcée et la circulation se faisait assez librement ; j'ai fait quelques tentatives de taxis, mais je n'ai pas pu obtenir la réduction de la tumeur ; j'ai proposé l'opération.

Le malade ne revint plus.

Par la relation de ces deux observation je crois pouvoir relever les particularités suivantes.

1° Malgré la rareté des hernies crurales en général et en particulier chez l'homme, il m'a été donné d'observer — et celà chez l'homme-deux cas dans le cours d'une année, ce qui constitue un éspace de temps bien

court sur l'etrême rareté de ces hernies et qui n'ont été opérées — chez l'homme — que deux fois par le professeur Tillaux pendant sa longue carrière chirurgicale.

2o Le sac une fois ouvert par l'opérations, l'aspect de la tumeur me fit croire à un épiplocéle simple, ce qui pouvait me faire courir le risque de pratiquer l'excision sans m'apercevoir de la présence d'une anse intéstinale dans la tumeur.

Dans mon observation, une petite portion de l'intestin hernié était complétement enveloppée par l'épiploon qui lui formait une sorte de capuchon masquant entièrement l'intestin étranglé.

Dans les cas pareils, on pourrait se tromper et procéder à l'excision de la tumeur, ce qui entrainerait de graves accidents. — Devant un cas de ce genre il est toujours necéssaire de s'assurer bien si l'intestin est caché dans le sac graisseux formé par l'épiploon et n'entamer la tumeur que par des incisions très superficielles.

Dans mon cas l'intestin apparaissait à 3-4 mm. sous l'épiploon.

Dr NAZARIAN

Chirurgien de l'hôpital de la Marine

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE CRANIO-CÉRÉBRALE

Par le docteur MILLOT-CARPENTIER.

Louis, dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, propose de se faire une ample voie sans s'inquiéter des pertes de substance, conseils suivis par tous les chirurgiens et surtout les Anglais et les Allemands. Czerny a reséqué le frontal sur une longueur de six centimètres et huit de large ; Pauly a enlevé la moitié du coronal et détruit une partie de la voûte orbitaire. Langenbeck fit de même pour un sarcome de la voûte gros comme le poing qui nécessita un trou de huit centimètres ! Mac Ewen, Von Bergmann, Küster, Gussenbaüer ont agi ainsi et plus libéralement. Mais on peut être moins prodigue et se borner à cerner au couteau ou bien avec des pinces coupantes ou avec la gouge étroite les masses vasculaires, quitte à agrandir au trépan s'il le faut les premières déchirures. S'il faut pénétrer dans le crâne, ce qui est souvent la règle, on doit redoubler de prudence et d'attention, car une sérieuse hémorrhagie des points touchés a presque toujours lieu malgré les pinces, difficiles à placer et malgré le thermo, le tamponnement au catgut, etc., il faut parfois également réséquer la dure mère et dans neuf cas réunis par Pousson il y eut succès. Est-ce un encouragement... ?

Langenbeck, pour un sarcome myélogène de la voûte, enleva dix centimètres carrés de dure mère ; Küster, au cours d'une opération ayant blessé le sinus falciforme supérieur, le lia et en excisa un tronçon ; Bergmann tut obligé d'enlever un morceau de dure mère et d'écorce cérébrale, de lier des rameaux de la méningée et d'exciser un gros morceau de sinus longitudinal. Voilà ce que tous les traités classiques font connaître ; mais on doit considérer ces faits comme des exceptions bien périlleuses ; aussi le chirurgien qui s'aventure dans ces régions doit savoir qu'une hémorrhagie incorcicible, la syncope, le collapsus peuvent de suite enlever son sujet, sans même lui permettre d'avoir la certitude qu'il a pu tout extirper de la tumeur qu'il a devant les yeux ; et dans bien des circonstances d'illustres chirurgiens ont dû au plus vite refermer la plaie sans terminer l'opération. Quand celle-ci est moins dramatique et que tout a marché sans graves incidents, on replace les lambeaux cutanés dans leur position, on suture et on draine ; si les téguments ont été détruits on panse a plat et quand les granulations poussent on greffe sur leur semis des lambeaux de peau qui simplifient et hâtent la cicatrisation qui sans cas moyens s'éterniserait. Tels sont les cas ordinaires de l'intervention chirurgicale pour les tumeurs craniennes visibles et facilement diagnosticables au moins comme siège. Mais lorsqu'il s'agit d'un néoplasme intracrânien que l'on suppose être la cause d'accidents graves d'où la vie du malade peut dépendre, il faut malgré tous les progrès accomplis dans la précison du diagnostic des localisations cérébrales, il faut se défier et être d'une prudence extrême. Disons un mot maintenant de cette partie séduisante des localisations cérébrales, chapitre superbe et bien moderne de l'anatomie normale et pathologique de l'encéphale.

(*à suivre.*)

RÉPLIQUES A LA COMMUNICATION “ DE L'HYSTÉRIE ”.

Faite par M. le Dr Logothétis, dans la séance du 3 Mai 1095.

Première réplique.

Je n'aurais pas pris, Messieurs, la parole à propos de la communication sur l'hystérie, qui a été faite par Monsieur le Dr Logothétis dans une des séances précédentes de notre société, si je ne constatais que l'auteur faisait un grand tort à l'ancienne médecine.

Comme vous vous le rappelez bien, Messieurs, l'auteur ayant voulu faire un exposé historique de l'hystérie a cru nécessaire de remonter jus-

qu'à la plus haute antiquité, et de copier même de préférence un passage tout entier de Platon, pour nous faire voir sans doute que le plus grand philosophe de l'antiquité croyait que la matrice était un animal, et que les phénomènes hystériques se produisent chez le femmes, lorsque cet animal se voit forcé de se priver de son ardent désir de procréation.

Je ne saurais, Messieurs, contester à l'auteur le droit d'invoquer l'opinion d'un philosophe dans le but de compléter mieux son exposé historique, puisque réellement dans l'antiquité les philosophes ne dédaignaient pas de s'occuper de médecine, pour puiser les enseignements nécessaires sur la nature et la structure du corps humain, comme les médecins aussi à leur tour ne croyaient pas déroger à leur profession, s'ils demandaient à la philosophie des lumières et des directions. Pourtant je ne pourrais pas m'empêcher de faire observer à l'auteur que, une fois qu'il a cru nécessaire de faire une excursion historique si éloignée, il devait, au lieu d'exposer longuement l'opinion d'un philosophe, nous dire plutôt ce qu'en pensaient les illustres médecins de l'antiquité, qui sont les seuls véritables représentants de l'ancienne médecine. Mais l'auteur, au lieu d'insister sur leurs opinions, les a passés presque tous sous silence, et il s'est contenté seulement de dire au pied levé que Galien attribuait l'hystérie à la rétention du sperme de la femme.

Il est vrai que le passage susmentionné de Galien est fidèlement reproduit par M. Logothétis ; mais ce passage n'exprime pas du tout l'opinion toute entière de Galien, d'autant plus qu'il figure tout de suite à côté de celui de Platon, sans aucune explication, et peut bien faire croire que Galien appuie Platon ; tandis qu'il est bien connu, au contraire, que Galien non seulement tient pour tout à fait absurde l'opinion de ceux qui font de la matrice un animal, mais qu'encore il réfute aussi leurs opinions par des arguments très ingénieux et très bien fondés.

Je me flatte de croire, que l'auteur de la communication a puisé cette phrase isolée d'une autre source, que du texte même de Galien, car autrement cette injustice faite à Galien serait impardonnable, si on pense que, quand on veut consulter un ancien livre de science, on peut sans doute s'autoriser de mentionner ce qu'on y trouve de ridicule, pour s'en amuser, mais qu'on doit en même temps prendre en considération ce qu'il y a de vrai ou de bon, et surtout tâcher de se rendre un compte exact des faits plutôt cliniques, que de ses explications, pour la simple raison que, pour le temps où vivait Galien, on ne peut pas s'attendre à des connaissances physiologiques aussi suffisantes que celles que nous avons aujourd'hui. Si donc l'auteur se donnait la peine de oonsulter, dans le sens que je viens d'indiquer, les ouvrages de Galien, non seulement il aurait évité le risque de se montrer si injuste envers Galien, mais il aurait appris en même temps des faits, qui sont très importants et très instructifs pour lui et pour la question de l'hystérie, car ces faits sont le fruit mûr d'une lon-

gue et large expérience, puisque on les trouve exposés dans un livre qui a été composé par Galien dans un âge très avancé, et qui est considéré par tous les savants modernes comme un des plus authentiques et des plus remarquables ouvrages du célèbre médecin de Pergame.

Ces faits, dont il est question, se résument comme il suit :

Que les symptômes dits hystériques se manifestent :

1o Chez des femmes exclusivement, qui sont bien réglées, mais qui, par le veuvage, se trouvent forcées de s'abstenir pour longtemps des approches de l'homme, à qui auparavant elles avaient l'habitude de se livrer assez fréquemment.

2o Chez des femmes, qui sont veuves, et dont les règles son en même temps suspendues.

3o Presque rarement chez des femmes mariées, dont les règles sont suspendues et la matrice présente différentes affections (distorsions, déviations, etc.) puisque dans ce troisième cas les symptômes, qu'elles présentent sont moins graves et ont une physionomie tout à fait différente de ceux qui caractérisent les deux premiers cas, et on n'y voit, dit-il, ni des défaillances, ni des suspensions de la respiration (ἄπνοιαι), ou des suffocations (πνίγες), ni des contractures, ni d'autres symptômes graves, qui caractérisent l'hystérie des deux premiers cas. Si Galien connaissait la loi physiologique des phénomènes réflexes, il n'aurait pas sans doute compris ce troisième cas dans le cadre de l'hystérie.

4o Chez des hommes, qui sont aussi brusquement privés des approches sexuels, dont auparavant ils faisaient usage. ce qui prouve que Galien connaissait aussi l'hystérie virile et qu'enfin « il n'y a rien d'étonnant, à « ce qu'un sperme vicié, ou que le sang des règles également vicié retenu « et corrompu, produise des symptômes fâcheux dans des corps *prédis-* « *posés* à être atteints de maladies », c'est comme s'il disait que l'hystérie peut être héréditaire.

Tels sont, Messieurs, à peu près les faits, sur lesquels Galien édifie sa théorie en ce qui regarde l'hystérie.

En prenant maintenant en considération ces faits cliniques et abstraction faite de toute explication qu'en donne Galien, nous apprenons une chose capitale et très importante : c'est-à-dire que Galien a vu l'hystérie se manifester dans la plupart des cas hors de toute affection utérine. Ce qui prouve que son esprit observateur et perspicace avait déjà devancé les études brillantes de l'école de la Salpêtrière, dont il est le véritable précurseur ; il est vraiment étonnant que tous ces faits d'une importance si haute n'ont pas pu attirer l'attention de M. Logothétis.

Voici ce que j'avais à dire en ce qui concerne la tête, c'est-à-dire l'exposé historique du travail de M. le Dr Logothétis.

Je passe maintenant à ce qui regarde le corps de son travail.

Si je ne me trompe pas, l'auteur dans son travail s'efforce de paraître dualiste dans l'hystérie. Il prétend, qu'en face de l'hystérie psychique.

de Charcot, il existe une hystérie dite utérine. Oui, il est libre d'être dualiste, il suffit seulement de se conformer aux lois de la logique, et de ne pas fouler aux pieds les faits bien connus de la science. Si d'abord l'auteur prétend être dualiste en ce qui regarde la nature du mal, je crois qu'il tombe en contradiction, quand il cherche à confronter et à identifier ses cas personnels avec ceux de l'hystérie de Charcot. Son dualisme donc à cet égard n'a aucune raison d'exister. Si maintenant l'auteur prétend être dualiste en ce qui regarde les différentes causes dites occasionnelles qui éveillent pour ainsi dire une diathèse hystérique latente, son dualisme ne peut pas non plus rester debout, puisque la logique et les faits le forceront d'abandonner son dualisme pour être plutôt multicausaliste, si ce mot m'est permis, car il est bien connu qu'on a signalé déjà des cas d'hystérie tabasique, hystéro-syphilis, etc.

Il me reste mainfenant à faire observer à l'auteur, que le reproche qu'il adresse aux éminents gynécologues et névrologues revient aussi à lui, puisque dans les 3 de ces 5 cas d'hystérie il avait lui-même avoué, qu'il avait négligé d'examiner ses malades s'il portaient ou non les stigmates hystériques, et dans les 2 autres cas il a manqué aussi de constater si ses malades, après leur guérison définitive, conservaient ou non les stigmates hystériques,

Voici, Messieurs, ce que j'avais à dire en ce qui concerne le travail de M. le Dr Logothétis.

Dr S. STAMATIADÈS.

Deuxième réplique.

Dans une des précédentes séances, M. le Dr Logothétis a lu un travail sur l'étiologie de l'hystérie. Ce sujet ayant attiré l'attention de quelques membres de la Société, la discussion promettait d'être fructueuse, mais, l'heure étant avancée, on l'a ajournée aux séances suivantes.

Dans la dernière séance, en faisant une répétition de certaines parties du dit travail, l'auteur a expliqué sa manière de voir sur les variétés de l'hystérie, mais il n'a pas pu persuader les membres auxquels il se proposait de répondre, car ces derniers n'avaient pas encore complètement fait leur critique et attendaient pour parler.

Permettez-moi, Messieurs, de dire d'abord quelques mots sur le sytëme que nous avons adopté pour la discussion de travaux pareils. Ordinairement, la discussion commence immédiatement après la lecture,quand on n'a pas encore acquis une idée complète du sens et de l'ensemble du travail. On discute sur un mot ou une phrase, ou telle ou telle partie du travail isolément, saisie à vol d'oiseau pendant la lecture. Il s'ensuit une discussion courte, superficielle, sans grand profit pour la Société, et quelquefois une discussion même superflue parce que le discuteur a mal entendu ou mal interprêté les paroles ou les idées de l'auteur.

De pareils inconvénients ne pourraient pas arriver si la Société déci-

dait de faire imprimer, désormais, les travaux longs et importants avant de les mettre en discussion, celle-ci serait alors incontestablement plus sérieuse et plus profitable. Je soumets cette question à l'attention de la Société pour faire le nécessaire.

Quant à présent, je ferai mes observations sur un point du travail, qui paraît en être le but principal.

M. le Dr Logothétis admet ou désire que l'on admette deux formes d'hystérie. Une première forme dont le point de départ se trouve dans le système nerveux central et qui est l'hystérie d'origine psychique, l'autre qui part de l'utérus et atteint le système nerveux et qu'il appelle hystérie d'origine utérine.

Les anciens, qui avaient déjà connu les relations des maladies utérines avec le système nerveux, avaient attribué cette maladie, tout à fait à l'utérus, comme le mot hystérique l'indique. Mais, après, des observateurs attentifs étudiant l'hystérie dans ses différentes apparitions ont classé cette dernière, quelles que soient ses relations avec les maladies des organes de l'économie, parmi les affections. Cette idée est généralement admise aujourd'hui. En effet, la manière de voir des anciens ne s'accordait pas avec les faits observés, car, il y a de l'hystérie sans qu'il y ait un utérus, c'est-à-dire, sans qu'il s'agisse de la femme, et il y a de l'hystérie quand l'utérus n'est et n'a jamais été malade.

M. le Dr Logothétis, en admettant deux variétés d'hystérie ne fait, en quelque sorte, qu'un retour à l'opinion des anciens, et il avance ses arguments :

D'abord, la plus grande fréquence de l'hystérie chez la femme qui se trouve dans la période de la vie sexuelle. L'hystérie avant la puberté et après la ménopause étant rare, comme aussi étant exceptionnelle chez l'homme.

Ensuite, et c'est le plus fort de ses arguments, la guérison de l'hystérie par le traitement local gynécologique. Il cite, à ce propos, des cas où le traitement médical le mieux dirigé n'a rien fait, qui ont été guéris quand la maladie de l'utérus a disparu. Il cite encore d'autres cas où la malade, guérie une première fois de la manière indiquée, a présenté, de nouveau, quelque temps après les mêmes phénomènes hystériques, on a examiné les malades et on a constaté que de nouveau l'utérus est tombé malade. Ainsi donc, la guérison de l'hystérie après celle des maladies de l'utérus ou de ses annexes, et l'apparition de l'hystérie après celle des maladies utérines, voici les arguments les plus essentiels que M. le Dr Logothétis nous avance pour soutenir sa théorie d'origine utérine de l'hystérie.

M. le Dr Logothétis, poussant sa théorie plus loin, admet aussi que toute femme qui souffre de l'hystérie doit avoir une maladie de la matrice; si elle ne l'a pas, c'est parce qu'elle n'est pas bien examinée.

C'est ainsi que les hystériques de la Salpêtrière, citées dans l'ouvrage de Charcot, comme étant exemptes de maladies de la matrice devraient avoir une affection quelconque de cet organe, si elles étaient examinées attentivement, gynécologiquement.

M. le Dr Logothétis cherche encore indirectement l'approbation de sa théorie par certains phénomènes de l'hystérie observé chez l'homme. Il y a, dit-il, chez l'homme hystérique des plaques hystérogènes sur les

testicules. Il s'appuie sur les mêmes relations qui existent entre le système nerveux et l'appareil génital de l'homme, pour renforcer sa théorie d'origine utérine.

Pour être fidèle à l'idée émise et plus précise dans la dénomination, il faut nommer cette hystérie d'origine génito-utérine.

Nous avons plus d'une raison pour ne pas tomber d'accord avec notre honorable confrère, une fois qu'il veut mettre une division dans l'hstérie. Nous connaissons la plus grande fréquence de l'hystérie avec les maladies de la matrice. Mais nous n'attribuons le rôle primaire du développement de l'hystérie qu'au système nerveux seul. D'après les idées de M. le Dr Logothétis, la maladie utérine est la cause et l'hystérie en est l'effet.

Comme ce n'est pas seulement l'hystérie qui fait le trait d'union entre l'appareil génital et le système nerveux, il y a des affections nerveuses comparables à l'hystérie, sans qu'elles présentent de lésions anatomiques apparentes, qui se développent dans les mêmes circonstances. Voyons, un instant, comment se comportent-elles avec l'appareil génital.

Les médecins observent souvent une classe de malades souffrant de la spermatorrhée, de la blennorrhée ou d'autres affections des organes génitaux, chez lesquels surviennent quelquefois des troubles nerveux, de l'hypocondrie, de l'hystérie, voire même des idées de suicide. Ces troubles disparaissent quand la maladie locale est guérie. Mais il arrive aussi qu'ils persistent.

Le suintement chronique, supposez, n'existe plus, mais le malade continue à se tourmenter, il court chez les médecins, il fait cautériser, dilater son canal et se médicamente quelquefois lui-même, on lui déclare la guérison, à laquelle il ne croit pas, parcc qu'il a de temps à autre un picotement dans le canal ou dans les testicules. Ces malades persistent dans leurs idées, leur système nerveux continue à se troubler malgré la disparition de l'affection locale, si le médecin ne relève pas le moral de ces maladss par ses paroles rassurantes, ou si, par une autre manière, le système nerveux n'est pas détourné de ce travail inutile d'imagination, l'état de ces malades reste le même ou s'aggrave.

A côté de ces malades, il y a d'autres chez lesquels l'état général accompagne l'état nerveux le plus grave.

Ce sont les impuissants précoces et les spermatorrhéiques pour lesquels la thérapeutique reste quelquefois impuissante. Dans ces cas que faut-il faire, quelle est la maladie qui est la cause de l'autre, si, à l'instar de la femme nous admettons aussi une origine génitale, il faut, coûte que coûte, guérir l'état local, si ce n'est pas par la médecine, il faut agir par la chirurgie, et pratiquer la castration que les gynécologues préconisent quelquefois pour la femme. L'hystérie, la folie, l'hypocondrie et la neurasthénie sont des affections nerveuses qui se rapprochent, comme aussi les ovaires et les testicules sont des organes qui ont le même but ; si le sacrifice de ces organes réussit à guérir le cerveau dans un sexe, il doit réussir aussi dans l'autre.

Heureusement, les chirurgiens ne pensent pas comme les gynécologues, et c'est la théorie d'origine génito-utérine, ou génitale qui nous a entraîné si loin.

Contrairement au cas cité plus haut, n'y a-t-il pas des malades souffrant de la matrice, dont le système nerveux soit resté intact? pourquoi

ces malades ne sont-elles pas devenues aussi hystériques ? pourquoi la maladie utérine n'a pas réagi ; mais laissons de côté les hystériques de la Salpêtrière, est-ce que M. le Dr Logothétis n'a pas rencontré dans sa pratique des hystériques qui ne présentent rien du côté de la matrice ?

On pourra, à la rigueur, lui montrer des cas pareils. Mais M. Logothétis peut soutenir toujours sa théorie en renvoyant ceux-ci à l'origine psychique de l'hystérie, qui reste comme une porte ouverte par où doivent sortir tous les autres hystériques.

La participation du système nerveux à l'affection génitale dont nous avons parlé ne s'observe que rarement, tous les blennorrhéiques et les spermatorrhéiques ne la présentent pas. Ce sont les malades qui ont le système nerveux très impressionnable, qui ont eu des affections nerveuses dans leurs antécédents, ou appartiennent à des familles névropathes. La maladie génitale ne fait que provoquer l'apparition de celle du système nerveux.

Arrivons maintenant à la femme et voyons comment les choses se passent dans l'hystérie.

La disparition de la maladie utérine guérit-elle l'hystérie ? souvent oui, mais il y a des cas où l'hystérie persiste malgré l'opération la plus radicale. J'ai soigné dernièrement une hystérique de longue date qui avait des convulsions et chez laquelle un chirurgien de Paris avait pratiqué, il y a 3 ans environ, la double castration.

Il y a encore une autre catégorie d'hystériques chez lesquelles la maladie utérine existe, non pas dans l'organe génital mais dans leur imagination. Le médecin ne trouve rien dans l'examen local ; néanmoins, la malade persiste dans son idée. Ces malades sont guéries quelquefois, par la mise en scène d'une pseudo-opération gynécologique ou de l'application des instruments, et quelle origine faut-il admettre dans l'hystérie qui persiste après la ménopause, alors que l'appareil génital remplissant son rôle a passé dans l'atrophie ? faut-il dire que chez ces malades l'hystérie était avant d'origine utérine, puis qu'elle est devenue d'origine centrale ?

Vous voyez, Messieurs, que nous nous trouvons dans une grande difficulté pour expliquer ces faits par la théorie utérine.

L'hystérie est fréquente chez la femme, surtout dans la période de la vie sexuelle. Je n'insiste par sur les causes, tout le monde les connaît. Toutes les hystériques doivent avoir une maladie de la matrice, M. Logothétis en s'appuyant sur cette idée admet que les hystériques de la Salpêtrière n'étaient exemptes des maladies de la matrice. Je ne sais jusqu'à quel point ses paroles peuvent être convaincantes, une fois que son examen de contrôle n'est fait que dans les pages de l'ouvrage de Charcot.

En résumé, en dehors de l'affection utérine et de l'impressionnabilité du système nerveux de la femme, il y a une circonstance sur laquelle j'espère que M. Logothétis sera d'accord avec nous, c'est que, pour que l'hystérie se développe, il faut que le moral de la femme soit attaqué. La femme, déjà affectée d'autres névropathies, qui descend d'une famille névropathe n'a pas le système nerveux assez énergique, et par le fait d'une affection génito-urinaire son moral sera fortement atteint et deviendra hystérique.

La théorie d'origine utérine de l'hystérie n'a pas donc sa raison d'être. Le siège du moral n'est pas l'utérus, mais le système nerveux. L'hystérie est une affection d'origine centrale, elle est, par conséquent, indivisible, et restera toujours dans le domaine de la névrologie.

Dr SERPOSSIAN.

CLINIQUE MÉDICALE.

(Hôpital de la Charité). — M. le prof. POTAIN.

Traitement de la période aiguë et de la période de tolérance des maladies du cœur

(Suite et fin.)

Il en est autrement des insuffisances aortiques ou mitrales consécutives à l'endocardite aiguë, quand elles sont récentes. Celles-là peuvent guérir ; on en a rapporté d'assez nombreux exemples ; j'en ai vu d'incontestables. Cela se conçoit d'ailleurs, car il ne s'agit plus d'adhérences que rien ne saurait détruire, mais de déformations produites par des indurations, épaississements, rigidités dont l'observation nous montre la résolution possible quand on n'en est point encore à l'époque des transformations fibreuses et des rétractions inodulaires définitives. Il y a donc lieu d'aider à cette résolution et de la favoriser autant qu'il est possible à l'aide de la médication. Celle à laquelle on a ordinairement recours et qui a donné les résultats favorables que je viens de vous dire est la médication iodurée. On emploie le plus souvent les iodures alcalins et notamment ceux de potassium,, de sodium ou de calcium, le dernier préconisé par le professeur Sée. Mon maître Bouilllaud employait l'iodure de potassium. Pour ma part j'ai depuis très longtemps adopté celui de sodium pour cette double raison qu'il est moins excitant et tend moins à altérer les tissus musculaires. Je lui ai dû un grand nombre de résultats heureux, je l'ai trouvé aussi activement résolutif que les autres iodures, et pour cette raison j'en continue l'emploi.

Dans le cas particulier, ce médicament doit être, à mon avis, employé à doses très modérées et réfractées, dans un état de dilution suffisante pour qu'il ne soit nullement agressif pour l'estomac et avec une très grande persévérance. La forme sous laquelle il me semble le plus commode de l'administrer est une solution dans l'eau à 2 pour 100. Une cuillerée à café de cette solution contient 0 gr. 10 d'iodure et donne ainsi un moyen de dosage extrêmement simple. Je fais prendre trois fois par jour, un peu avant le repas, une cuillerée à café de cette solution dans une tasse d'infusion de fleurs ou de feuilles d'oranger qui en masque suffisamment le goût. Cette dose est augmentée tous les deux jours d'une cuillerée à café ajoutée à l'une des précédentes et portée progressivement jusqu'à 6 ou 9 par jour suivant le cas et la tolérance du sujet. Je n'ai, pour ma part, jamais trouvé la nécessité de dépasser la dose journalière de 0 gr. 90 et quand il m'est arrivé, en raison de la persistance du mal ou pour satisfaire l'impatience du malade, de porter la dose plus haut, je

n'ai point vu que les résultats en fussent sensiblemant accélérés. Il est, d'ailleurs, d'autant plus nécessaire de maintenir ce dosage modéré, qu'à cette condition seulement on peut obtenir une longue tolérance et que cette longue tolérance est indispensable au succès du traitement. Ce n'est point, en effet, par une action soudaine, si intense soit-elle, qu'on peut espérer modifier le mode de nutrition et de prolifération dans des tissus à vie peu active comme sont des tissus fibro-élastiques qui constituent les valvules du cœur. Les régressions y sont nécessairement très lentes et les réintégrations progressives. En ce qui me concerne, je n'ai jamais vu les signes de l'une des affections dont je parle s'effacer entièrement si ce n'est au bout de plusieurs mois. Aussi, suis-je convaincu qu'il n'a point à abandonner l'espoir d'une guérison, à moins que le traitement n'ait été continué pendant tout un an ; car, c'est dans ce délai seulement que j'ai vu les dernières traces de la lésion s'effacer. Mais. quand une médication doit être continuée pendant un temps si long, même à dose très modérée, il est impossible que l'intolérance n'arrive pas un jour, ou que la patience du malade ne s'use point à cette longue et uniforme continuité, surtout si, au bout de plusieurs mois aucun résultat apparent ne se montre encore. Il faudra suspendre la médication et, si l'on attend d'y être contraint par la fatigue ou l'intolérance, cela semblera un échec qui ébranlera la confiance du patient et rendra difficile de reprendre la médication dans la suite. Il est donc de bonne politique d'établir tout d'abord une sorte de roulement régulier d'interruptions et de reprises. J'ai l'habitude de prescrire trois semaines de traitement alternant chaque mois régulièrement avec huit jours de suspension.

Malgré toutes ces précautions, il est des sujets chez lesquels l'intolérance est, dès l'abord, presque absolue. Pour ceux-là, les préparations iodo-tanniques peuvent être une ressource utile, car elles se tolèrent assurement mieux.

Les intervalles laissés libres par la suspension de la médication iodurée seront utilement employés à l'administration de préparations toniques ; notamment, d'arsenic à dose modérée, sous la forme de pilules de Dioscoride, et de préparations aqueuses de quinquina.

Que, si l'on a affaire à un sujet goutteux, il sera manifestement indiqué d'ajouter à cet ensemble l'usage des alcalins et, notamment, des préparations de lithine qu'on pourra aisément alterner avec la médication iodurée.

Traitement de la période de tolérance. — L'endocardite et la myocardite aiguës guérissent le plus souvent. C'est l'opinion exprimée par H. Fagge ; c'est celle aussi que je crois pouvoir déduire de mes observations. Trop souvent aussi elles résistent aux traitements les mieux institués et les plus patiemment poursuivis et deviennent chroniques ou laissent derrière elles des lésions persistantes. Alors, aux signes des affections aiguës primitives se substituent peu à peu ceux des déformations que ces lésions entraînent, et les souffles organiques prennent la place des souffles accidentels du début. Mais, l'excitation cardiaque de la période phlegmasique s'effaçant peu à peu, les troubles fonctionnels qui s'y rattachaient disparaissent et, si la lésion qui persiste n'est pas trop considérable, le malade entre bientôt dans la phase que nous avons appelée *période de tolérance.*

A partir de cette époque, il ne peut plus être question de travailler à guérir une lésion devenue définitive et incurable, mais seulement de main-

tenir le plus longtemps possible l'état de tolérance et de prévenir les aggravations qu'une atteinte nouvelle apporterait à la maladie. C'est à l'hygiène surtout qu'on peut demander le moyen.

L'hygiène a pour but général de maintenir l'ensemble des fonctions dans un état aussi normal que possible, et ce but, il y a ici d'autant plus d'importance à l'atteindre, qu'à ce prix seulement on peut espérer de maintenir la tolérance. Mais elle a pour les sujets affectés de lésions du cœur un but plus spécial à remplir : elle doit écarter toute cause de perturbation capable de compromettre la tolérance acquise et de faire naître l'asystolie en imposant au cœur un travail plus considérable que celui auquel il est apte de par sa maladie. Les uns ont recommandé pour cela le repos, la diète, les évacuations fréquentes. D'autres, au contraire, ont conseillé un régime tonique, le mouvement, l'exercice et même l'ascension des montagnes, dans le but de provoquer le cœur à l'action et de favoriser le développement de l'hypertrophie considérée comme moyen providentiel de compensation. L'une et l'autre méthodc a eu ses prôneurs et ses détracteurs ; l'une et l'autre, je crois, peut être utile ou nuisible suivant qu'elle est bien ou mal appliquée et qu'elle l'est à propos ou hors de propos. Je n'ai point à vous entretenir de ces disputes et me bornerai à vous dire quelles sont, à mon avis, les règles qui doivent présider à l'hygiène des sujets arrivés à cette période des affections cardiaques,

Avec eux on n'a point à faire, il est vrai, avec des malades proprement dits, puisque nous supposons la tolérance complète et l'absence de perturbations apparentes de la santé. Cependant on ne se trouve pas non plus en présence d'un état entièrement normal ; leur activité cardiaque ne peut sans trouble dépasser une certaine mesure et cette limitation impose à son tour des limites à l'activité de presque toutes les fonctions, puisqu'il n'en ait aucune dont la suractivité n'entraîne une surexcitation correspondante des actes circulatoires. Aussi la tolérance dont il s'agit n'est-elle jamais que relative, et l'équilibre de la santé en ce cas un équilibre instable.

Le but que l'hygiène doit ici se proposer est donc double et consiste en ceci : 1° maintenir la tolérance par la conservation de la santé générale et l'éloignement de toute cause perturbatrice ; 2° reculer les limites de la miopragie cardiaque autant qu'il se peut faire, afin de permettre au malade une activité profitable à sa santé générale et de réduire le danger qu'il court incessamment à ne pouvoir franchir sans dommage les bornes trop étroite de l'activité permise par l'état de son cœur.

1° Les moyens de conserver la santé générale ne sont point ici différents de ce qu'ils sont toujours : seulement ils sont plus restreints et par conséquent réclament plus d'attention et de soin. Quant aux causes de perturbation qu'il faut écarter ce sont : *a*) les maladies susceptibles d'amener une nouvelle atteinte d'endocardite ou de myocardite ; *b*) les mouvements musculaires énergiques qui surexcitent la circulation ; *c*) les excès d'alimentation ; *d*) les boissons excitantes ; *e*) les agitations morales ; *f*) les stimulations vénériennes ; toutes causes agissant de la même façon. En tout cela le rôle du médecin se borne à limiter l'activité du malade et à la restreindre au degré qui peut être le moins dangereux.

Parmi ces restrictions il en est une sur laquelle, dans ces derniers temps, le docteur Oertel a insisté beaucoup ; c'est la limitation de la quan-

tité de liquides ingérés ; limitation qui, dans la pensée de ce médecin, aurait pour effet de réduire la masse du sang et par suite le travail du cœur. Les observations précises, autant qu'elles peuvent l'être à ce sujet, ne légitiment en aucune façon l'idée théorique qui a servi de base à ce précepte, et il n'est point exact que la masse du sang se règle d'après la quantité des liquides ingérés. Mais le précepte est bon si l'on veut dire qu'il est particulièrement nuisible aux sujets affectés de maladies du cœur d'ingérer aux repas de trop grandes quantités de boisson. Le travail digestif en est rendu plus long et plus laborieux et vous savez, car j'ai eu mainte occasion de vous le montrer, combien cela agit puissamment et fâcheusement sur le cœur, soit en troublant son rythme, soit en provoquant sa dilatation.

2° Pour reculer les limites de la miopragie cardiaque on a conseillé, et c'est encore du docteur Oertel que ce conseil est primitivement venu, de soumettre les malades à un exercice méthodique qui, développant davantage l'hypertrophie compensatrice, rende ainsi le cœur capable d'un travail plus considérable. Le but assigné à cette pratique me semble peu en rapport avec la logique des faits, car l'hypertrophie, en général, ne manque guère aux lésions organiques des orifices du cœur et, quand elle fait défaut, c'est la plupart du temps qu'elle ne servirait à rien. D'ailleurs, je me suis efforcé de vous montrer itérativement que les accidents qu'on se propose d'éviter par là et qu'en général on englobe sous le nom d'asystolie, ne sont ordinairement imputables qu'en partie à l'insuffisance des contractions du cœur. Pourtant le conseil est sage à mon avis et je le crois bon, pourvu qu'on l'applique avec beaucoup de méthode et de précision et seulement aux cas où il convient. Je vais vous expliquer de quelle façon je crois qu'il faut l'entendre.

Lorsqu'un malade sort de la période aiguë d'une affection du cœur il se trouve dans la situation d'un convalescent chez qui toutes les aptitudes fonctionnelles sont plus ou moins atténuées et restreintes. Les digestions sont pénibles dès que la quantité des aliments dépasse une certaine mesure, le travail intellectuel est difficile et exige une tension d'esprit inaccoutumée, les membres supérieurs ne soulèvent qu'avec peine le moindre poids, la marche maladroite met en jeu beaucoup plus de contraction musculaire qu'il n'est besoin et ces efforts retentissent avec excès sur un cœur que la maladie a affaibli et que la lésion entrave, déshabitué d'ailleurs de toutes ces excitations. Si, dans ces conditions, on laisse le malade régler son hygiène à sa guise, ou bien, reculant devant les malaises que tout effort lui impose et limitant son activité au minimum possible, il demeurera réduit à une immobilité fâcheuse pour sa santé générale et bien propre à atténuer encore la résistance que son organisme peut opposer à la maladie ; ou bien, s'oubliant parfois, il se laissera entraîner à des efforts qu'il supportera mal y étant mal préparé et qui pourront, en forçant son cœur, provoquer ou hâter l'apparition de l'asystolie. Ce ne sont pas là de vaines hypothèses car je pourrais vous en rapporter maint exemple. Il est donc sage de ne point laisser ces malades sans direction, mais de les soumettre à un entraînement progressif et soigneusement ménagé. Cet entraînement peut s'appliquer sans doute à toutes les fonctions actives. Mais c'est pour l'activité musculaire qu'il est plus spécialement indispensable. Il doit s'opérer à l'aide de mouvements lents, exactement mesurés, exigeant un léger degré d'effort, et toujours accompagnés de l'expiration retenue qui fait partie du mécanisme de l'effort.

Au début, et chez les sujets surtout dont le poids un peu considérable rend la marche pénible, il convient le mieux d'employer le genre d'exercice auquel on donne le nom de gymnastique suédoise, où les mouvements sont dirigés en divers sens par le gymnaste qui y oppose de sa main une résistance mesurée aux aptitudes du malade.

Plus tard la marche peut être substituée à cet exercice primitif que le Dr Oertel n'admet pas, mais que je crois, d'après mes propres observations et le témoignage d'un assez grand nombre d'auteurs qui l'ont employé, propre à rendre de véritables services dans cette période et dans cette mesure.

Pour être tout à fait utile, la marche doit être ascensionnelle, c'est-à-dire s'opérer sur un terrain en pente modérée. Le Dr Oertel a beaucoup insisté sur ce point, et je crois qu'il a raison. Il a insisté beaucoup aussi sur l'utilité de la marche en plein air, sur la nécessité de déterminer avec précision et l'inclinaison de la pente et la vitesse de la marche, et de mesurer exactement la longueur de l'espace à parcourir à l'aide de poteaux indicateurs ; toutes conditions, en effet, indispensables à un entraînement méthodique. Rien que je ne croie pas, ainsi que je vous l'ai dit, à la nécessité d'exagérer l'hypertrophie du cœur, la marche sur les pentes me paraît cependant rationnelle. L'effort y est facile à mesurer, et pour produire le même dans une marche sur terrain plat, il faudrait ou la prolonger ou l'accélérer beaucoup ; dans le premier cas elle produirait plus de fatigue, dans le second, beaucoup plus d'agitation du cœur. Enfin, l'habitude de la marche sur les pentes rend la marche en terrain plat, par opposition, si facile qu'elle ne provoque plus aucune réaction cardiaque.

Quant à l'*expiration retenue* que le Dr Oertel conseille sous le nom d'*expiration saccadée*, sans en dire les motifs, vous allez voir pourquoi elle est véritablement utile et indiquée dans ces sortes d'exercices. Si l'on tente l'ascension très rapide d'un côté raide ou d'un long escalier, on peut à volonté arriver au bout de sa course avec de l'anhélation sans battements de cœur, ou au contraire sans essouflement mais avec des palpitations violentes. J'ai expérimenté cela maintes fois. Que l'on s'efforce, tout en montant très rapidement, d'entretenir une respiration large, profonde et assez rapide ; l'oxygénation du sang ne cessant de s'opérer très complètement, il ne se produira aucun besoin anormal de respirer, aucune anhélation. Mais un flot de sang énorme traverse alors les muscles dans leurs alternatives de contraction et de relâchement, et les appareils valvulaires des veines hâtent encore sa progression comme autant de cœurs disséminés dans les membres. Ce flot, pénétrsnt sans obstacle dans les cavités thoraciques, se précipite avec violence vers les cavités cardiaques, les distend outre outre mesure et provoque des systoles énormes.

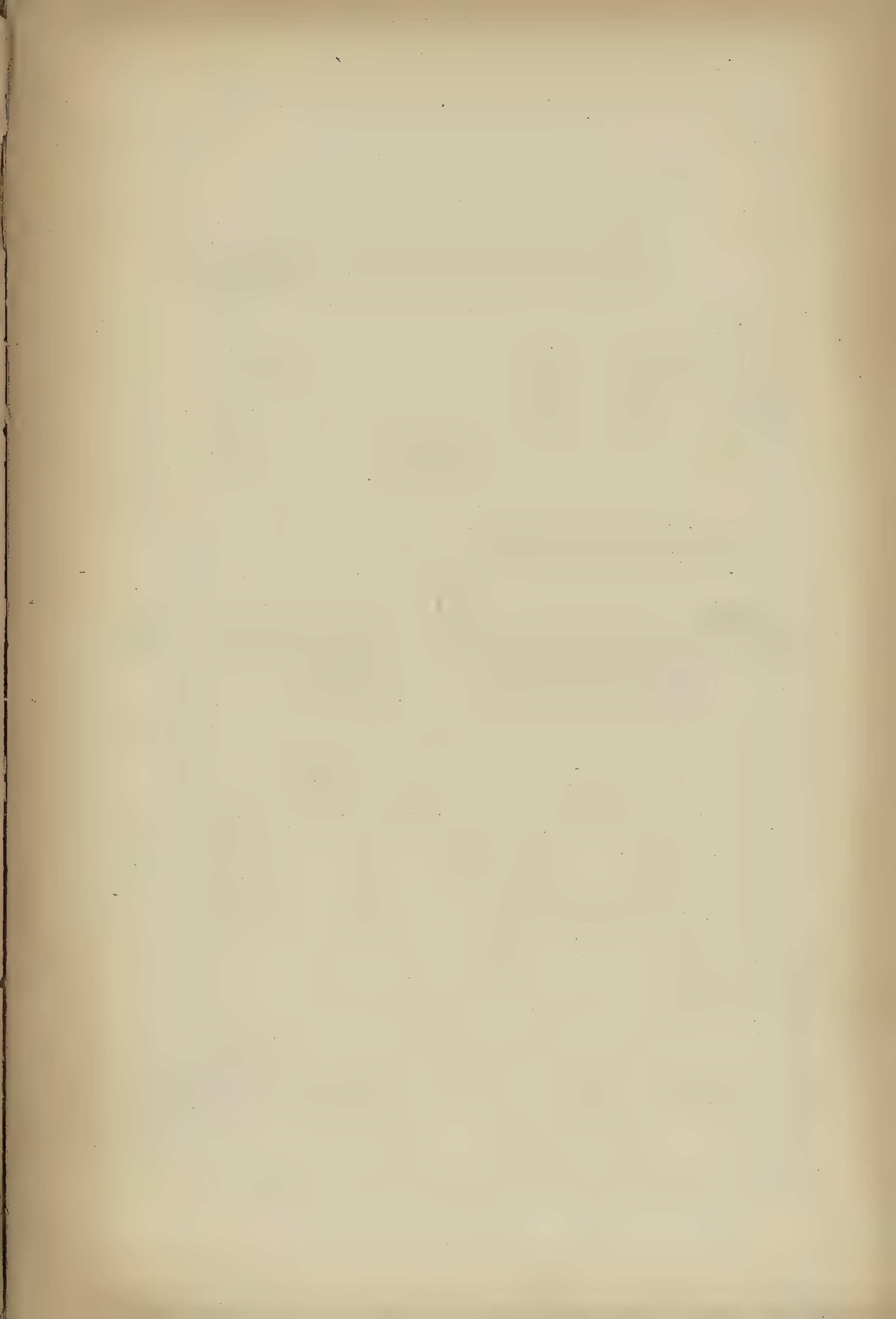
Que l'on ferme la glotte au contraire pendant la durée de l'ascension et que l'on contracte tous tes muscles expirateurs suivant le mécanisme de l'effort, la pression élevée maintenue dans le thorax arrêtera l'afflux du sang veineux, le modérera tout au moins. De plus, le cœur étant extérieurement soutenu par la pression thoracique qui le comprime, cédera moins à l'afflux du sang, se laissera moins distendre et, n'exerçant plus sa propulsion que sur une onde sanguine modérée, cessera d'être soumis à un travail excessif. La respiration y perd, car le sang ne traverse plus le poumon en aussi grande abondance et l'air ne se renouvelle plus que d'une façon insuffisante ; aussi l'insuffisance respiratoire amène bientôt

l'anhélation mais le cœur est préservé. Chez un sujet pour qui cette préservation doit être une préoccupation dominante, il est donc bien que l'effort léger ressenti par l'ascension d'une pente douce s'accompagne d'un mode respiratoire qui se rapproche de l'expiration d'effort, c'est-à-dire où l'inspiration soit relativement courte, l'expiration au contraire allongée et *retenue*, soit par une occlusion incomplète de la glotte, soit par son ouverture intermittente produisant les *saccades* recommandées par Oertel et qui ne sont autre chose, après tout qu'une réduction du « han ! » instinctif des boulangers.

Jusqu'à quel degré convient-il de porter ces exercices ; quelle est la mesure qu'il leur faut assigner ? Cette question se pose nécessairement à nouveau à propos de chaque malade ; car vous concevez bien qu'il ne puisse y avoir à ce sujet de commune mesure. Oertel pense que l'exercice doit aller jusqu'à produire des palpitations et il estime même que ces palpitations sont nécessaires au succès de la méthode. Je crains que la préoccupation d'exagérer l'hypertrophie du cœur n'ait été en cela son guide principal. Pour nous, qui visons autre chose, nous adopterons une règle différente. Je crois, en effet, qu'il ne saurait y avoir, pour le degré d'exercice utile à l'entraînement, en cette circonstance comme en toute autre, d'autre criterium que celui-ci : l'exercice est bon et convenablement mesuré lorsque le malaise ou la fatigue qu'il a causés ont entièrement disparu avant que l'exercice soit repris. Il est exagéré et doit être réduit s'il laisse encore le lendemain et au moment de le reprendre quelque indice de perturbation que décèlent l'examen du pouls et du cœur ou la sensation du malade. C'est d'après cela, à mon avis, qu'il convient de se guider.

En somme, vous voyez Messieurs, que le rôle du médecin, lorsqu'il applique cette méthode aux sujets affectés de maladie organique du cœur à la période de tolérance, consiste surtout, après avoir montré au malade les inconvénients de l'immobilité absolue ou d'une hygiène déréglée, à limiter et régulariser l'exercice des principales fonctions, particulièrement en ce qui concerne l'activité musculaire et la marche. Les sarcasmes dirigés par l'illustre Molière contre les hypochondriaques qui se font imposer par le médecin le nombre de tours qu'ils ont à faire en long et en large, ne vous empêcheront pas d'entrer avec de vrais malades dans des détails d'hygiène un peu fastidieux peut-être, mais qui prennent pour les cardiaques une importance considérable. Sous prétexte que quelques-uns d'entre eux sont capables, sans dommage, d'une activité grande et parfois même excessive, vous ne vous laisserez pas aller à croire qu'il en soit de même pour tous. Vous vous persuaderez qu'il faut mettre à les diriger beaucoup de soin et de méthode. Vous les soumettrez à une règle stricte, mais logiquement adaptée à chacun d'eux et, comme vous leur aurez rendu finalement un très grand service, vous vous moquerez des quolibets.

(*Le Bulletin médical.*)



رقابت قبول ایتمیان سفره ایچون معدن صویی

تونیش اشتاینر

Tönnissteiner.

اثنای طعامده استعمال اولنان مشروباتك اك ایوسی والك صحتلوسی اولدیغی کبی اوکسورك و بوغاز خسته‌لقلری و غیرتلاق و معده نوازللری ایچون دخی ویریلور .

(تونیش اشتاینر) صویی سائر معدن صولری ایله مقایسه اولندقده دیکر منابع صولرندن زیاده مواد حامضه‌یی حاوی اولدیغی تظاهر ایدر

محل فروختی

بتون اجزا دپولرنده، اجزاخانه‌لرده، بیره‌خانه‌لرله معدن صولری تجاری مغازه‌لرنده‌در

(ارتق انقباض قالمیه‌جق) (ارتق معده سانجیسی قالمیه‌جق)

[فوسفوغلیقوفر ا شینه]

PHOSPHO-GLYCO-FER

(سکیر خسته‌لقلری) **CHEYNET** (فقر دم)

حدیدلی ومنغانزلی وغلیسر وفوسفاتلی اصول کمیویه‌جه خالص طامله‌لر

حدید ومنغانز همان جذب اولنور صورتده مخلوط بولندقلری حالده سکیرلوك مقویسی بولنان غلیسر وفوسفوریق حامضیله قاریشق اولور ایسه فقردم وسکیر خسته‌لقلریله تدنئ قوای بدینه تداویسی ایچون سرعت تأثیری فوق العاده‌در .

صورت استعمالی : هر نوع مشروبات ایچنه قاریشدیرلمق اوزره اون بش طامله‌دن یکرمی طامله‌یه قدر .

ژ. شینه : برنجی صنف اجزاجیلرندن پارس بیوك مکتبی مأذونلرندن

لیون شهرنده طوماسن سوقاغنده ۳۳ نومروده

ده‌پوسی استانبولده ساقا چشمه‌سنده نومرو ۱۶ ، ۱۸ ، ۲۰ (ویدمان) قومپانیه‌سنك مغازه‌سنده

اشته مدوتات جراحينك اعلام ايتدكلرى نقاط بوندن عبارتدر . فقط بونلريده مهلك برر وقايع استثنائيه‌دن تلقى واعتباره هركسك حقى واردر . زيرا بويله نواحيده اوغراشان هر بر جراحه خفى اولماملیدركه برنزف غير قابل قطع ، غشى ، همود كوز اوكنده‌كى بر ورمى تماماً قلعه موفقيتى حقنده هنوز نائل اطمئنان اولمغه ميدان قالمزدن مريضك انطفاى حياتنى بادى اوله‌بيلور . حتى برچوق وقوعاتده اك مشار بالبنان جراحيندن بعضيلرى عمليـاتى اكمال ايده‌مدن درحال جرحه‌يى قاپه‌مغه مجبور اولمشـلردر . لكن نوقت عمليات آز فجيع وهر شـيده غايت انديشـه‌ناك عوارضله مترافق اولمز ايسـه شرايح جلديه موضع طبيعيسـنه وضع اولنه‌رق حياطه ومفجر قونيلور .

اشته قابل رؤيت وهيچ اولمز ايسه موقعلرى سـايه‌سنده سهيلاً ممكن التشخيص اولان اورام قحفيه ايچون ايجـاب ايدن مداخلهٔ جراحينك احوال و خصوصات عاديه‌سى بونلردر . لكن مريضك حياتنى دوچار تهلكه ايده‌بيله‌جك عوارض وخيمه‌يى بادى اورام داخل قحفيه‌ده تقررات دماغى‌نك تشخيصنده‌كى ترقيات مكملهٔ حاضره‌يه رغماً كمال احتياط وشدت احتراز ايله حركت اولنمق برلزوم قطعيدر .

شـمديده تقررات دماغيه‌نك غايت دقيق برنكته‌سى و تشريح طبيعى و مرضئ دماغينك پك جديد وعالى اولان بحثى حقنده‌ده بر ايكى سوز سويلمك ايسترم .

(مابعدى وار)

﴿ مداوات جراحئ قحفئ دماغی ﴾

— مابعد —

لوئی ، (مه‌موار دولاقاده‌می شـیرورژیده) ضایعات ماده‌یی نظر اهمیته الیه‌رق کنیش برمسـافه آچمنی تکلیف ایدیورکه شـو نصیحت کافهٔ جراحین و باخصوص انکلیزلوله المـانلر طرفندن حسن قبول کورمشدر . (قسرنی) التی سـانتمتره طول وسکز سـانتمتره عرضنده بر قسم جبهی‌یی قلع ایتمش (پولی) ایسـه اکلیلك کاملاً نصفنی رفع وقبهٔ حجاجك بر قسـمنی تخریب ایلمشدر . (لانغبنك) یومروق قدر کبیر بر ورم عفلئ قبه‌ده عینی حرکتده بولنمش و ورمك بر منوال مشروح کبارتی سکنز سانتمتره‌لك برثقبه‌نك انفتاحنی بادی اولمشدر .

(ماق‌ئه‌ون) (وون برغمان) (کوستر) (کوسسن بوئر) دخی عینی صورتله و دها سربستجه عامل اولدیلر . فقط کتلات و عائیه بجاق و یا ملاقط قاطعه اعانه‌سیله شـق اولنور ایسـه نتیجهٔ جراحی دها قناعتکارانه حصوله کله‌بیلور زیرا شقوق مذکوره ناکافی بولندقلری اکلاشـلدیغی زمان بونلر (تره‌پان) ایله توسـیع ایدیلمك بر امر اسـاندر .

برمعتاد قاعده شکلنی آلدیغی وجهله اکر قحفه دخول لزومی باش کوسترر ایسه قید ودقت مخصوصه‌یی بوراده تضعیف ایتمك لازمکلور .

زیرا ذاتاً وضعی دشـوار اولان ملقطلرله (ترمو) وقاتکوتله طامپونه رغماً مهم برنزفه میدان ویرلمش اولور .

بعض احوالده (ام الصلبه) یده قلع ایتمك لازمکلور خصوصیله (پوسسون) طرفندن جمع اولان طقوز عدد وقایعك جمله‌سـیده منتج موفقیت اولمشـدر . عجبا بوده بر جسارتمی ؟ .

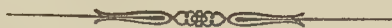
قبهٔ قحفك بر ورم عفلئ مخیسنده (لانغبنك) (ام الصلبه‌نك) اون سـانتمتره مربعنده‌کی برمحلنی رفع ایتمشدر . (کوستر) جیب صحرویٔ علوی‌یی جریحه‌دار ایدن برعملیات اثناسنده بونی بالربط بر پارچه‌سنی اخراج ایتمشدر . (برغمان) ام الصلبه‌نك وقشر دماغك بر پارچه‌سنی خذف وشـعبات سـحائیه‌یی ربط وجیب طولانیدن‌ده عظیم برقسم چیقارمغه مجبور اولمشدر .

اسباب مختلفه حقنده جایگیر ایسه ینه بوده قرین قبول اولمقدن بعیددر چونکه منطق و وقایع مرضیه او (دوآلیستلکی) ترك ایتدیره‌رك كثیر الاسباب طرفکری اولمغه کندیسنی مجبور ایده‌جکدر زیرا (اختناق رحم سلی) (اختناق رحم افرنجی) وقایعیده جمله‌کزك معلومیدر .

شمدی مسلکداشمزه اخطار ایده‌جك برشی دها قالدیکه اوده عصبیون ونسائیون حقنده روا کوردیکی مؤاخذات وتعریضلر کندیسنه‌ده راجعدر چونکه کندینك بش اختناق وقعه‌سنك اوچنده مرضانك اختناق رحم اثارنی حامل اولوب اولمدیقلرینی معاینه‌ده مسامحه ایتدیکنی بالذات اعتراف ایتمشدر . دیکر ایکی وقعه‌سنده‌ده بوخسته‌لرك نائل شفا اولدقدن صکره اثار مذکورۀ اختناقیه‌یی ینه حامل اولوب اولمدیقلرینی اثبات وتحریده قصور ایتمشدر .

اشته افندیلر ، رفیقمز دوقتور موسیو (له‌غوته‌تیسك) مقاله‌سی حقنده‌کی افادات جوابیه‌م بوندن عبارتدر .

دوقتور
استاماتیادیس



توصيف ایدنلردن بسبتون فرقلی برشکلده اولوب بوراده نه بایغنلق ، نه انتصاب نفس، نه اختناق ، نه تقلصات والحاصل نه‌ده اختناق رحمی تحدید ایدن دیکر اعراض رونما اولور . اشته اکر (غالین) علائم منعکسه قانون فسیولوژیسندن وقوفدار اولمش اولسیدی طبیعی بواوچنجی صنفی‌ده اختناق رحم سلسله‌سنه ادخال ایتمزدی .

٤ — اولجه صیق، صیق اعتیاد ایندیکی مناسبات جنسیه‌دن بردنبره محروم قالان ارککلری دخی بوحسابه قاتملیدر . بوصورته نظراً (غالین) دخی اختناق رحم رجلینك حقیقت وجودینی قبول ایتدیکی تظاهر ایلیور حتی بوبابده دیمشدرکه « برحوینهٔ منوی محبوس و یا دم حیضئ محبوسك اشبو مرضه مستعد ومهیا بولنان بروجودده اعراض مؤسفهٔ اختناقیه حصوله کتورمسنده جای استغراب برجهت یوقدر » .

اشته افندیلر اختناق رحم حقنده (غالین) نك تأسیس ایتدیکی نظریه‌نك نتایج سریریه‌سی بونلردن عبارتدر . امدی اشبو ثمرات سریریه‌یی نظر مطالعه‌یه النجه غایت اساسلی ومهم برخصوص اوکرنمش اولورز : یعنی (غالین) نك اختناق رحم وقایعنك اکثریسنی باالجمله افات رحمیه خارجنده کورمش اولدیغی تظاهر ایدر . شوصورت نظر مشاهدهٔ فکریه‌سنك هنوز شارقونك مطالعات شعشعه پیراسندن اول منجلی ساز اولدیغنی و بوخصوصده مومی‌الیه جدی بر پیشدارلق ایلدیکنی اثبات ایتمکده‌در . فقط (غالین) نك بودرجه مهم وجدی اولان وقایع معروضه‌سنك موسیو (له‌غوته‌تیسلك) نظر دقتنی جلب ایده‌مامسی جمله‌سندن زیاده شایان حیرت واستغرابدر .

اشته صاحب مقاله‌نك مقدمهٔ مطالعاتی یعنی معروضات تاریخیه‌سی حقنده سویلیه‌جکم شیلر بونلردر . شمدیده بالذات مآل مقاله‌یی تنقیده ابتدار ایدرم .

مومی‌الیهی اختناق رحم مثنا طرفکیری کورمکده محبا بن یاکلیم . فقط صاحب مقاله (شارقونك) اختناق رحم روحیسی یاننده برده اختناق رحم رحمی موجود اولدیغنی ادعا ایدیور . اوت اختناق رحم ایچون (دوآلیست) اولمقده سربستدر یالکز هرشیده قوانین منطقیه‌یه توفیق افکار ایدرك فنك قطعیاً مثبت اولان نکات معلومه‌سنی پامال ایتمامك لازمکلدیکنی نظر انصافه الملیدر .

لکن اول امرده مؤلف طبیعت مرض ایچون (ثنائیلك) دعواسنی التزام ایلدیکی حالده دیکر طرفدن کندی وقایع شخصیه‌سنی ، شارقونك اختناقلریله توحید وتمثیله ساعی بولنمسی محضا فکرینك ایکی رأی متضاد اره‌سنده متحیر قالمسنی ایما ایدر . بنابرین (ثنائیلك) نك حقیقت وجودی بوخصوصده هیچ بر دلیل معقوله مستند دکلدر . لکن اکر بو (دوآلیستلکی) محضا موجبه دینیلوب بردیاتز خفی ایقاظ ایدن

اوقشامقده‌در حالبوكه جمله‌نك معلوم اولديغى اوزره (غالين) ، رحمى برحيوانه مقيس كوسترن ارانك خلافنده اولدقدن ماعدا اشبو آرايى غايت دقيق و پك متين ادله ايله جرح ورد ايلمشدر .

بكا قالورسه صاحب مقاله اشبو جملهٔ منفرده‌يى (غالين) نك كندى اثر ذاتيسندن بشقه برمحلده بولمش اولمليدر زيرا (غالينه) رواكوريلان بو حقسزلغك ناقابل عفو اولمسندن صرف نظر حق‌الانصاف دوشونمليدركه انسان ازمنهٔ قديمه كتب علميه‌سندن برينى آچمق ايستديكى زمان محضا تزييفه يول بولمق ايچون اواثرك يالكز شايان تمسخر اولان نقطه‌لرينى‌مى ارائه ايتمليدر يوقسه عينى دمده حقيقى ومعقول اولنلرينى مسكوتاً نچمك‌ده شعار وجدانميدر ؟ خصوصيله (غالين) نك بولنديغى دور مظلمده فسيولوژى فننك درجهٔ وسعتيله برده عصرمزده‌كى ترقيات حاضره‌سنى نظر امعانه النجه تنقيد وتزييفه حق آرايان منقدلره نه ديمليدر؟ نره‌ده قالديكه برمؤلفك ملاحظات ومطالعاتندن زياده نتايج سريريه‌سنه حصر اهميت ايلمك لازمدر . فى‌الواقع اكر قائل؛ (غالين) نك آثارينى بيان ايلديكمز صورتده اوله‌رق تتبع كلفتنى اختيار ايتمش اولسيدى حكيم مومى‌اليه قارشو عظيم برحقناشناسلقدن توقى ايله برابر كرك مسئلهٔ موضوع بحث حقنده و كرك كنديسى لهنده غايت مهم وجدى بر طاقم خصوصاته واقف اوله‌جغنه شبهم يوقدى زيرا عرض ايلديكمز خصوصات غايت طويل وواسع برتجاربك محصول كالداريدر زيرا بونلر (غالين) نك همده مترقى برسنده وجوده كتيروب بوكون كافهٔ اساتذهٔ حكما وقدوات علما طرفندن دستور العمل اتخاذ ايديلمش براثر بركزيده‌سنده موجود ومندرج بولنمقده‌در .

(خصوصات مبحوث عنها شووجهله اجمال اولنه‌بيلور)

اعراض اختناق رحميه‌نك كيفيت ظهورنده شروط آتيه‌نك تأثيرى شو وجهله تصنيف اولنور :

۱ — عادات شهريه‌لرى منتظم الوقوع و فقط اولجه اولدقجه كثرتله مألوفه اولديغى مناسبات جنسيه ايچون بالاخره ثيبه‌لك سببنه كلياً پرهيزده بولنمغه مجبوره قالان قادينلر برنجى صنفده‌در .

۲ — عادات شهريه‌لرى معطل ومنقطع اولمقله برابر ثيبه بولنان قادينلر ايكنجى صنفى تشكيل ايدر .

۳ — همان دها اندر اوله‌رق عاداتلرى منقطع ورحمده افات مختلفه (انحراف الخ) ابراز ايدن متأهله قادينلردر چونكه بوصنفده‌كى اعراض دها از وخيم وايكى اولكيلرى

جمعیت طبیهٔ شاهانه‌نك ١٨٩٥ سنه‌سی ٣ مایسنده قرائت اولنان
دوقتور له‌غوته‌تیسك (اختناق رحم) سرلوحه‌لی مقاله‌سنه
جمعیت مذكوره اركانندن بعضلری طرفندن ویریلان جوابلر

(برنجی جواب)

افندیلر ، جمعیتمزك اجتماعات اولیه‌سندن برنده دوقتور (له‌غوته‌تیس) افندی طرفندن (اختناق رحمه) دائر قرائت اولنان برمقاله‌ده مومی‌الیهك طب قدیمه قارشو عظیم برحقسزلقده بولندیغنی كورمسیدم مقالهٔ مزبوره حقنده التزام سكوت ایده‌جكدم.

افندیلر ، خاطرنشان عالیكز اولدیغی اوزره محرر مومی‌الیه اختناق رحم حقنده یاپمق ایستدیكی مقدمهٔ تاریخیه ایچون روزنامهٔ طبك الك عتیق یاپراقلرینی چویره‌رك حتی عصر قدیم فلاسفه‌سندن (پلاطون) نزدنده بیله رحم برحیوان تلقی اولنمغله تناسل ایچون دركار اولان ارزوی طبیعی وشدیددن محروم قالان بر حیوانده‌ده بالطبع قادینلر اعراض اختناقیه ایله متأذبه اولمغه باشلیه‌جغنی استشهاد ایتمك فكریله پلاطونك اثرندن شوصحیفه‌یی عیناً قوپیه ایتمك لزومنه قاپیلمش .

افندیلر ، بنده‌كز صاحب مقاله‌نك عرض ایتمك ایستدیكی مطالعهٔ تاریخیه‌یی تزیین واتمام مقصدیله برفیلسوفك فكرندن استفاده و استعانه ایتمسنی مواخذه ایتمك ایستمم . چونكه ذاتاً ازمنهٔ عتیقه فیلسوفلری وجود بشرك بنیه وطبیعتی حقنده معلومات مقتضیه اقتطاف ایچون فن طبله اشتغاله تنزل ایتمدكلری حالده اطبا بالعكس فلاسوفه‌دن استفاضه واستعانه ایتمكی صنعتلرینك شاننه برنقیصه و یاذال عد ایتمیورلردی . مع‌هذا محرر مومی‌الیهه شوراسنی اخطار ایتمكدن كندمی اله‌ممكه تزیین افكار ضمننده زمانمزدن پك بعید بولنان بردورك سفسطهٔ تاریخیه‌سنی استنساخ ایده‌جكنه طب قدیممزك مصور حقیقیلری اولان اطبای عتیقه مشهورلرینك فكرلرینی موقع بحثه قویسیدی دها موافق حال اولوردی . فقط مع التأسف صاحب مقاله بومثللو اطبانك ارامی حقنده كلیاً مسكوت عنه كچه‌رك یالكز فكرینی كندی رأینه ظهیر كوردیكی (غالین) ك (اختناق رحم ، منیٔ نسانك احتباسندن متكوندر) قولنی قبوله شایان كورمشدر .

فی الحقیقه دوقتور (له‌غوته‌تیس) ك استنساخ ایدوب شمدی عرض ایتدیكمز شو قولی تماماً (غالین) ك ایسه‌ده فقط شوجمله أوحكیم مشهورك فكرینی تمامیله افاده ایتمدیكی كبی طوغریدن طوغری‌یه‌ده (پلاطونك) كینه استناداً ظننی ویره‌جك صورتده انی

افادهٔ مخصوصهٔ مترجم

ابتدای انتشارندنبرو برخیلی انقلاباته دوچار اولدقدن صكره عاقبت حالا ذمین استقرارده پای انداز اوله‌بیلان جریدهٔ اماکن الصحه‌نك هیئت تحریریه‌سی میانه دعوت اولندیغم کوندنبرو مترتب عهدهٔ مسئولیتم اولان وظیفهٔ تحریر و ترجمه‌ده علی قدرالاستطاعه صرف ایلدیکم امك و لیاقتناملری بوکون طبابت عثمانیه‌نك مدار افتخاری اولان غایت مقتدر و محترم بر هیئت فنیه‌نك و بر چوق ارباب مطالعه‌نك مظهر تقدیری اولمق سایه‌سنده‌درکه ایکی سنه‌در کمال ثبات ایله چالشیوردم . اقتدار و اهلیتمك کیفیت و درجهٔ محدوده‌سی مافوقنده بر وظیفه ایله مکلف اولمدیغم ایچون بوخدمتك حقیقةً اهلی اولوب اولمامق مسئولیت معنویه‌لرندن تماماً عاری اولدیغم حالده عزیمده دوام ایدیوردم . فقط شو آرالق حسب المسلك درسعادت خارجنده برمحله مأمور اولشم ، شمدی‌یه قدر سوه سوه وانشراح قلب ایله چالشدیغم برخدمتی ترکه وهر کون پك تشویقکارانه تلطیفلریله محجوب اولدیغم اوهیئت عالیهٔ نشریه‌دن انفکاکه مجبور اولدم . احتمالکه عودت ایدرده ینه ایشمه تکرار باشلارم یالکز سویلمك ایستدیکم جهت بو نومرودن صکره غزته‌نك قسم ترکیسی بنم ترجمم اولمدیغنی بالجمله قارئینه بیلدیرمکدر بونده مقصدمك اکلاشیلمیه‌جق بر یری یوقدر .

طبیب یوز باشی
علی حقی

پيش چشممزده اعصابك مختلف افاتنه مربوط برمرضده اختناقك برلوحهٔ كثيرالشكلى نمايان اولهجقدى . (نوروزلرده) احصا ايچون الك ثباتلى برمدافع بولنان مشهور (فريبورغلى) (هغار) نام (ژينهقولوغ) اختناق رحمك لوحهٔ تشريح مرضيسنده برقاچ وقعهده قدم بقدم تعقيبه احراز موفقيت ايلمشدر. ازجمله برالتهاب محيط الرحم ندبىده مريضه اولا دها علتك بدايتنده برافراط حس فرجى ايله ناحيهٔ حرقفيهٔ يسراده اوجعه حس ايتمكه باشلامش مؤخراً على التوالى فحذ ايسرده اوجعهٔ راحه، وحس تبول ومعصرهٔ شرجده زخير ، الم عصبىٔ بين الضلعىٔ ايسر ، الم ثدى ، صول قول باسط ايسرينك تقلصاتى رونما اولمشدر . دها صكرهلريده عينى اختلالات بدنك نصف يمناسنهده تصاول ايلمش والك نهايت احتلاجات تكون ايلمشدر . (هغار) كبى الك متعارف بر (ژينهقولوژيك) ه نظراً اختناق رحمك اساسندن اشفاسى مداخلهٔ عمليات نسائيه اولديغى برامر محققدر . حالبوكه موسيو (شارقو) مداخلهٔ (ژينهقولوژيه) بحثنده و بالخاصه احصا ايچون باقكز نه يولده بيان افكار ايديور : « اختناق رحم عمومى حالنده ميضلرك رفعى ايچون بعض جراحينك التزام ايلديكلرى طريق عمليهنك مبالغهسى عليهندهيم . بوفكرك نه باشى نه قويروغى واردر الواح مولد اختناقيهيى حذف ايچون ظهرك جلدندن برپارچه قطع ايتمك كافيدر » .

اشته افنديلر عصبيونى جراحيندن تبعيد ايدن افكارك مباينت عظيمهسى سزجهده تظاهر ايلمشدر . بنابرين عصبيون دخى ژينهقولوغلرله معاً و متفقاً چالشمدقجه بو تضادك زائل اولمسنه امكان يوقدر . بوتقديرجه اولا مرضانك حقيقةً اختناقله مصاب اولوب اولمديغنى تقدير ايچون عصبيونك كوستردكلرى لوحهٔ عرضيهنك تدقيقاتى صددنده ژينهقولوغلر پك دقيق برمعاينهٔ موشكافانهيه مسارعت ايتمليدرلر. ديكر طرفدن ايسه عصبيون دخى رحمك تأثيرينى اونوتميهرق ايشه ابتدار ايتكلرى حالده ارتق روحى بر اختناق رحمى يوخسه رحمىمى مواجههسنده بولنلديغنه يقين تام حاصل اولهجغندن قنغيسنك اختناق رحم وقنغيسنك اختناق اولمديغنى قطعياً كسديرمك ممكن اولديغى كبى اختناق رحمله ، نوروز ، و علائم منعكسهدهكى شورش اصطلاح و تعبير برطرف اولمش اولور .

افنديلر مقالهٔ ناجزانهم حقندهكى دقت لطفپرورانهكزدن طولايى عرض منتله برابر مساعدهكزى سوء استعمال ايدرك تطويل مقال ايله ذهنكزى اتعاب ايلديكمدن ناشىده عفوكزى ديلرم .

دوقتور
لوغوتهتيس

عدول ایتمامش اولمسی اوزرینه ارتق اختناق رحمك ظن اولندیغی وجهله بروغیرقابل تقسیم اولمیوب بلکه بری روحی ودیکریده رحمدن متوارد ایکی شکله مالك بولندیغی علناً درمیانه حقم واردر . مسموع عالیکز اولدیغی اوزره صوك ایکی خسته‌لرم (شارقونك) ذکر ایتدیکی دلائل اختناقیه‌یی کافةً حامل اولوب نه اختناق موضعی و نه حالت اختلاجیه نقصان دکلدی .

تفصیلات عاجزانه‌مدن مفهومکز اولدیغی وجهله بو خسته‌لر هیچ بر اثر ارثی‌یی حامل اولمدقلری حالده وصرف (ژینه‌قولوژیك) برتداویدن صکره طانمیه‌جق درجه‌ده حسن عافیته مظهر و آثار ثابتهٔ اختناقیه‌ده محو اولمشدر . جمله‌مزك معلومیدرکه شارقونك نظریه‌سنجه کافهٔ آثار اختناقیه‌نك غیبوبتی اختناق رحمك شفای قطعیسنه دال برعلامت محققه‌در .

فکر عاجزانه‌مه ظهیر بولنان دیکر برنقطه‌ده اختناقك کلیاً زائل اولان آثار ثابته‌سنك رحم وضعیت طبیعیه‌سندن عدول ایدر ایتمز بتکرار نمایان اولمسی قضیه‌سیدرکه شوکیفیت دردنجی مشاهده‌مله کسب وثوق ایلمشدر .

شمدی عرض ایلدیکم دیکر اوچ وقوعاته کلنجه بونلر اولدقجه عظیم براهمیتله متحلی اولوب زیرا عسرت تنفس ، عدم اشتها ، و سنه‌لرجه دوام وهربر تداوی‌یه معاص قالان سعال صرف (ژینه‌قولوژیك) برتداوی سایه‌سنده قطعیاً محو اولمشلردر . خسته‌لرمده وردیکم اعراض مذکوره‌یی اعراض اختناق رحمیه عد ایتمکده کندمی حقلی بولیورم زیرا :

١ — اشبو مرضانك اعضالرینك ابراز ایلدیکلری اعراض وخیمه درحال و بر صورت استغراب انکیزده زائل اولمش و نیجه سنه‌لردن صکره اجرا اولنان معاینهٔ اعضای مؤفه‌ده هیچ بر اثر مرض قالمامشدر .

٢ — چونکه تماماً بنمکیله مماثل اولمق اوزره شارقو طرفندن نقل اولنان لوحهٔ سریریه دیکر دلائل اختناقیه‌نك نقصانیته رغماً وحید العرض اختناق رحمه متعلق کبی متصف بولنمشلردر .

والحاصل افندیلر، مسئلهٔ مبحوث عنهی برصورت قطعیه‌ده حل وفصل ایده‌بیلمك ایچون بالجمله مسلکداشلریمی بروجه معروض معناده صرف مساعی‌یه دعوت ایدرم . شویله‌که : اکر اختناق رحم برمرض رزحی و یاخود شو ذات مرض مختلف صغیر ضغائر عصبیه‌لرك تحت تأثیرنده اولنه‌رق افات رحمیه‌دن دخی متکون اولسیدی بالطبع نخاع شوکی ودماغ رهکذارنده‌کی اعصاب مختلفه‌یه‌ده حولتی درکار اوله‌جق وبوحالده‌ده

حالبوکه اون ماه صکره خستهنك دوچار اولدیغی غایت شدید بر (حکهٔ فرجیه)دن فرزجی قالدیرمغه مجبور اولدیغم صرهده اولجه بر تفصیل عرض اولنان اعراض سریریه بتکرار و فقط دها آز بر شدتله نمایان اولدیلر . فرزجك بتکرار تطبیقندن ایکی ماه صکره خستهده ینه صحت مطلوبهسنی اعاده ایله بوکونه قدر اوحال خشنودی اشتمالده امرار حیات ایلمکده بولنمشدر .

صوك خستهم تقریباً یکرمی درت یاشنده وهنوز باکره بر قز اولوب سوابق ارثیه ومرضیهجه هیچ بر خصوخیته مالکه بولنمیوردی . مزبوره بوندن بر سنه اول غایت شدید اوجعهٔ کلیویه و حثلیه ایله عینی شدتده بر حکهٔ فرجیه وشرجیهدن مضطرباً معاینه اولنمغه کلمشدی . حالبوکه طبیبه مراجعت ایچون کندیسنی اك زیاده تحت مجبوریته آلان شی بش سنهدنبرو غایت مؤلم و مقوی اختلاجاته دوچار اولمسی اولوب خصوصیله اختلاجات مارالذکر بو آرالق همان یومی الوقوع اولمشدر . طبیعت ومشربی کون بکون ناقابل تحمل بر حالی بولوب حالت دماغیهسیده اسف اولنهجق بر مرکزده ایدی . شمدییه قدر برچوق مسلکداشلرم طرفندن اجرا اولنان تدابیر ومداوات متعددهنك بلا ثمرهسی قالدیغنی و رحمك دخی انقلاب خلفیسنی نظر امعانه الدقدن صکره رحمك چار وناچار موضع طبیعیسنه وضعی لزومنی اقرباسنه تبلیغ وتفهیم ایتدم و بونك ایچون رفیقم دوقتور موسیو قریستیدی ایله استشاره ایتدك . عملیات لازمهیه ابتداردن اقدم وجهدن ماعدا کافهٔ بدنك بر بطلان حس تامه مبتلا بولندیغنی طبیب مومیالیهله برابر مشاهده ایلدك . شویلهکه : غایت اوزون برابره عمیقاً ادخال اولندیغی حالده خسته هیچ برشي حس ایتمیوردی . حس حرارتله برودتده کلیاً وتماماً معدومدی . بوندن بشقه بر نصف لسانده ضیاع حس ذوقی و بطلان حس حنجرهده تماماً اشکار بر درجهیی بولمشلردر . رفیقم طبیب (بستیج) طرفندن اجرا اولنان بر معاینهٔ عینیهده اختناق رحملیره خاص اولان اختلالات عینیه مشاهده ایدهمدك . هرنقدر بری شفره ایمن و دیکری شفرهٔ ایسر واوچنجیسیده (بظر) اوزرنده اولمق اوزره اوچ عدد دیکر نقاط مولد اختناقیه موجود اولدیغی حالده (ذات المبیض) ه متعلق برشی بولنمیوردی . اشته مریضهنك رحمی موضع طبیعیسنه قویمزدن اولکی حالی بوندن عبارتدر .

رحم مزبور موقع طبیعیسنه یرلشدیروب برده فرزج وضعندن صکره یالکز اوجعهٔ مختلفه و اختلاجات متعددهنك کلیاً زائل اولمسیله قالمیوب عینی دمده حالت دماغیهٔ مریض نائل صلاح اولمش ودیکر طرفندهده اثار اختناقیه قطعیاً محو اولمشدر . خصوصیله اوچ آیدر فرزجی رفع ایتدیکم حالده رحمك وضعیت لازمهسندن قطعاً

دفعه ۹۳ سنه‌سی حزیرانده کوردم ؛ بیچاره‌نك حالت عمومیه‌سی شایان تأسف برحالده
اولوب خاسف ، ضعیف ، واك عادی برسببله متأثره اولدیغنی بالذات حکایه ایلمکله برابر
شمدی‌یه قدر تداویسی امرنده توصیه اولنان برچوق مداوات شفاسازیه‌نك هیچ
برندن زره قدر برتأثیر حسنه استحصال ایده‌مدیکنی علاوهٔ مقال ایلمشدر .

بونك اوزرینه مریضه‌یی درحال موشکافانه بر معاینه تحتنده الدیغمده جذعك
نصف یمناسنده ایودن ایویه اشکار برعدم حسیت وحرارتله رخذه ایچون بربطلان
حس تام موجود اولدیغنی کشف ایتدم . بوندن فضله طرف ایسرده ایسه افراط
حسیت نمایاندی . شویله‌که : ناحیهٔ حرقفیهٔ یسرا اوزرینه همده پك قوتلی اولمیه‌رق
اجرا اولنان برتضییقده مزبوره‌ده اختلاجات اختناقیه تولید اولنمسی ممکندی . حالبوکه
مهبل طریقیله ودها زیاده‌جه برشدتله مبیض اوزرینه اجرا اولنان برتضییقك اختلاجات
مذکوره‌یی تولید ایده‌مدیکی کورلمشدر . افندیلر شوماده اوزرینه عطف نظر دقت
ایلمکز لازمدر زیرا شوقدرجق برمسئله شارقونك برقیمت استکشافیه عطف ایتمك
ایستدیکی شو ذات المبیضك بوبابده هیچ براهمیت دلیلیه‌سی اولمدیغنی کوستریور .

دها اغربی اوله‌رق مریضه حنجره‌سنده برعدم حسیتدن‌ده مشتکی ایدی .
بنابرین خسته بر اختناق رحمك اوصاف مطلقه‌سنی تماماً حائزدی . اعضای تناسلیه‌نك
معاینه‌سنه شروعمده لایقیله اشکار برانعکاس خلفیٔ رحمه تصادف ایتدم لواحق رحمیه‌ده
ایسه شایان اشعار برخصوصیته دسترس اوله‌مدم . مبیض یسرا ایسه تماماً رحمله مستور
ایدی . بوکبی وقایع متشابهه‌ده ناحیهٔ خرقفیه اوزرنده اجرا اولنان تضییقك معلم
(شارقونك) ادعا ایلدیکی وجهله طوغریدن طوغری‌یه مبیض اوزرینه تأثیر
ایتدیریله‌میه‌جکنی بیانه حاجت یوقدر .

برخیلی امك ومساعی صرف ایلدکدن صکره رحم موقع طبیعیسنه وضع و بر
(هودغ) فرزجی تطبیق ایلدم . فرزجك تطبیقندن صکره مریضه‌نك حالی برآز
صلاحه یوز طوتوب و باخصوص کلتیانده‌کی اوجعه خیلوجه سکونتیاب اولمشدر .
مع مافیه بوندن برقاچ کون صکره مریضه‌یی تکرار معاینه‌مده رحمك انعکاس خلفیسی
مستدام اولدیغنی مع‌التأسف کوردم . بناء علیه اولجه قویدیغم اشبو فرزجی بعدالرفع
(غانییار طوماسك) دیکر برشکلده‌کی فرزجی وضع وتطبیق ایلدیکدنصکره رحمده
وضعیت طبیعیه‌سنی محافظه‌یه باشلدی . خسته‌نك حالی تمام اون ماه قدر فوق‌العاده
برحسن خاتمه‌یه رسیده اولوب اختلالات عمومیه کافهٔ دفع و زائل اولدقدن ماعدا
غریبدرکه مبیضه مربوط کوستریلان اثار اختناقیه‌ده کلیاً محو اولدیلر .

رغماً موسم صیفی کمال عافیتله امرار ایتمشدر. ینه اوسنه‌نك تشرین ثانیسی اون اوچنده بتکرار بکا معاینه‌یه کلمشدی . مکر بوزیارتی ، سعالنك بتکرار باشلامسندن وصداسنك قیصیلمسندن ایمش ؛ واقع اولان استجواباتمده تطبیق ایلدیکم فرزجی رفع ایتدیکنی اعتراف ایتدی . بن درحال فرزجی ینه تطبیق ایتدم اوکوندن اعتباراً سعالده وسس قیصیقلغی ده زائل اوله‌رق عافیتی ده الیوم برکمالدر . زیرا ارتق فرزجی‌ده چیقارمغه جسارت ایده‌میور .

کرچه شوخسته‌ده مع التأسف نه اختناق رحم موضعی و نه اختناقك آثار سائرهٔ یقینیه‌سنی تحری ایتمامش ایسه‌کده مع‌هذا مزبوره برکرهٔ اختناقیه‌دن مضطرب اولوب و باخصوص بردفعه وقوعبولان زیارتمده کندیسنی اختناقی الشکل اختلاجاته طوتلمش کوردمکه مکر بو اختلاجاتك آره صره واقع اولدیغی مزبوره‌نك جملهٔ افاداتندندر .

دردنجی وقعه‌م پك چوق زماندنبرو اسیر فراش اولمش اوتوز یاشنده و (س) نامنده برارمنی قادینیدر . مزبوره اون ایکی سنه‌دنبرو ومتأهله واون یاشنده براولاده مالکه اولوب او وقتدنبروده عقیمه‌در . مدار اشتکاسی اولان اضطرابات وضع حملندن ابتدار ایتمشدر . بیچاره‌نك احوال تاریخچه‌سنی برمجموعهٔ مرضیه ترکیبی ایله اجمال ایدرسه‌م مبالغه ایتمامش اولورم . شویله‌که : باش اغریلریله متناوب دواردن بشقه شارقونك تحریر ایلدیکی لوحهٔ مرضیه‌یه تماماً مطابق نشبات اختناقیه‌دن دخی متأذی اولورمش ! اوجعهٔ رأسیه ، صدغینده ضربان ، قولاقلرده اوغولتی ، وسائر علائم اختلاجیهٔ اختناقیه تعاقب ایدرلر . حتی مزبوره‌نك اختلاجات صرعی‌یه دوش اولدیغی اثنانك ایکی دفعه‌سنده بولنمشدم هله جهت معدیه‌سندن اولان اشکواسی بتمیور. بعضاً ضیاع اشتها ، بعضاً غثیان وعسرت هضمك اردی اره‌سی کسیلمیوردی . بوندن‌ماعدا کلیتانده الام متمادیه وناحیهٔ حثلیه‌سنده‌کی اوجعهٔ مؤلمه بیچاره ایچون حیاتی براضطراب طاقتسوز ایلمشدی . بو بابده اك زیاده دقت وعرضه سزا بر اختلال دها موجوددرکه اوده عارض اولان بر بکامتدر شویله‌که : مریضه صداسنی تماماً غیب ایتمش وحتی برلفظ بیله تکلم ایتمك اقتدارندن محروم قالمشدر. اشته شوحال علی‌العاده برقاچ دقیقه قدر امتداد ایدیور بردفعه ایکی ساعتدن زیاده بیله دوام ایتمشدر . شوراسنیده اخطار ایده‌لمکه بالاده عرض اولنان کافهٔ اعراض واختلالات عادات شهریه‌نك تقرب ایتدیکی زمانلر دها زیاده اشتداد و وخامت کسب ایدرمش .

وینه مریض مناسبات جنسیه‌یی قطعیاً عدیم الامکان قیلان بر (Dysparcunie)دن متألمدر . بن بومریضه‌یی دوقتور (هکیمیان) افندینك توصیهٔ عالیلری سایه‌سنده ایلك

درسعادت جمعيت طبيه‌سنك ٩٥ سنه‌سى ٣ مايسى اجتماعنده قرائت اولنمشدر

﴾ اختناق رحم ﴿

(مابعد وختام)

اوچنجى وقعه ايسه عادات شهريه‌سى منتظم ، مكمل البنيه وهيچ برسابقهٔ مرضيه وارثيه ابرازايتميان اوتوز ياشنده برقادينه متعلقدر شومشاهده يچونده ينه رفيق عزيزم دوقتور(سيوتيسه) مديون شكرانم . مرقومه تقريباً التى سنه اقدم ازدواج ايدوب برنجى اولادى بوازدواجدن التى ماه صكره وجوده كلمشدر . وضع حملدن ايكى سنه صكره اولدقجه شديد الحكم بر التهاب قصباتله مختلط بر انفلوآنزايه دوچار اولور . بو ذات القصبات بالاخره مظهر صلاح اولمشسه‌ده بونك اثرى كبى كورينان برسعال؛ دائمى الاحكام اوله‌رق هر برتداوى‌يه معاص قالمشدر . اشته بويله برحالك وكل‌يوم ترقى ايليان برضعفيت عموميه انديشه‌سيله مريضه‌نك فاميلياسى دوقتور (سيوتيسك) دلالتيله ، شهرمزك الك مشاربالبنان اولان قلنيسنلرندن ايكى كشيله بر طبيب قابل (زيرا خسته بوزمانده اوچ ماهلق حامله ايدى) دن براستشارهٔ طبيه‌نك اجراسنى مصراً طلب ايلرلر.

خسته‌نك ضعفيت وخرابيت عظيمه‌سى (سقط جبرى) يه مراجعته مجبوريت حاصل ايتمش ايسه‌ده عائله خلقى هرنه سببدن ايسه اطبانك شوقرارينى تصويب ايتامشلردر . برده حملك دردنجى ماهنده سعال بلا مداوات اوله‌رق كسيلمزمى ؟ . ارتق مريضه ٤٨٩٣ سنه‌سى نيسان آينده وقوعه كلان وضع حمله قدر پك كوزل برحالده امرار حيات ايلمشدى . فقط وضع حملدن برقاچ كون صكره سعال بتكرار و بر شدت مفرطه ايله باش كوستردى . وعينى زمانده‌ده خسته الم خرقفئ يمنادن حيزلنمغه باشلدى.

بن بوخسته‌يى ايلك دفعه مايس آينك ختامنه طوغرى كورمشدم . اصغا ايله هر ايكى رئتانده‌ده خراخر استماع قلنمقده ايدى . رحم جهتندن ايسه اولدقجه شديد برسيلان ايله اوجعهٔ عرق النسادن اشتكا ايلمكده ايدى .

معاينهٔ موضعيه‌ده ؛ عظيم برحجم آكتساب ايتمش بولنان رحمك برانقلاب خلفيسى تظاهر ايتمشدى رحمك حجمى، ممسحهٔ رحميه ايله اون اوچ سانتمتره‌يه بالغ اوليوردى . مؤخراً رحمى وضعيت طبيعيه‌سنه بالارجاع (هودغ) ك برفرزجيله تثبيت ايتدم . بونى متعاقب مريضه‌نك اوكسوروكى منقطع اولديغى كبى اولجه قيصيلمش بولنان صداسيده خيليدن خيلى يه آچيلدى . خسته ينه اجرا ايلديكى برطاقم تدبيرسزلكلره

بطنندن صغير الحجم بورم چيقار واوفق برتشبث رديه ايله بتكرار داخل اولورمش فقط برهفته‌دنبرو ارتق دخول ايتمامكه باشلامش بو ارالق اونقطه‌ده مزعج براغرلق حس ايديورمش . فى الواقع فتق مذكور غير قابل رد اولمش و فقط هنوز اختناق ايتمامشدى . عنق فتقك تعصرى مشتد اولمديغندن دوران دم كمال سربستى ايله وقوعه كله‌بيلمكده ايدى . بنابرين بن دخى فتقك ردى ايچون برآز اوغراشدمسه‌ده موفق اوله‌مينجه عمليات تكليف ايتدم .

بوتكليفم اوزرينه خسته‌ده بردها كوزكمدى .

مجملاً تفصيل اولنان شو ايكى مشاهده مناسبتيله بو بابده وارد خاطر اولان بعض مطالعاتله انلردن استنتاج ايلديكم خصوصات آتيه‌يى شويولده اجمال ايليه‌بيليرم .

١ــ اولا فتوق فخذيه‌نك على‌العموم و بالخاصه‌ده نزد رجالده ندرت وقوعنه رغماً بن ينه برسنه ظرفنده وهمده اركَكده اولمق اوزره ايكى دفعه مشاهده‌سنه فرصتياب اولدمكه شوقدرجق برمدت واقعهٔ مزبوره‌نك ندرت فوق‌العاده‌سنه نسبتاً پك قليل برزماندر زيرا (تيو) بيله مدت طويلهٔ جراحيسنده انجق ايكى دفعه فتق فخذى (اركَكده) يه عمليات ياپمغه موفق اولمشدر .

٢ ـــ ثانياً كيسه بالعمليات فتح اولندقده ورمك منظره‌سى بسيط برفتق شربى اولديغنه يقين حاصل ايتمكده وبوحال درون ررمده وجودى ملحوظ برعروهٔ معائى‌يى كوره‌ميه‌رك قطع مخاطره‌سنه دوچار اولمق خوفنده ايدم .

حتى مشاهدهٔ عاجزانه‌مده معاى متفتقك برجزء صغيرينى شرب تماماً تطريف ايتمش وعادتا معاى متفتقه كاملاً ستر ايديجى برنوع سرپوش تشكيل ايتمشدى .

اشته بوكبى وقايع مماثله‌ده انسان الدانه‌رق ورمى شق ايتمكه قالقيشه‌جغندن بوندن عوارض مشئومه ظهوره كله‌جكى‌ده وارستهٔ كماندر. بناً عليه بويله برعمليات مواجهه‌سنده دائما اولا معانك شرب طرفندن مشكل بركيسهٔ شحميه درونده مختفى بولنوب بولنمديغندن قطعياً امين اولمق لازمكلديكى كبى ورمى دخى غايت سطحى شقوق ايله آچمغه رعايت ايلمك مقتضاى مصلحتدر .

مشاهدهٔ عاجزيده معا شربك اوچ درت ميلمتره تحتندن نمايان اولدى .

بحريه خسته‌خانه‌سى جراحلرندن
دوقتور نازاريان

(امتلاآت معائيه‌يه قارشو مسهل ، مصفى)

VERITABLES

GRAINS DE SANTÉ

du Docteur FRANCK



دوقتور فرانقك حقيقى دانهٔ صحتى

فرانسه وبالجمله اوروپا فحول وافاخم طبيه‌سى طرفندن كمال موفقيتله استعمال اولنمقده‌در

انقباض شقيقه عدم اشتها احتقانات هضم بطى

صارى صبر وضمغ راتنجى (قودقس ترتيبى اوزره — نومرو ٦٠٣)

دوقتور فرانقك حقيقى دانهٔ صحتى جزئى اولورسه كرفتار عطالت اولان معده‌لرى ايقاظ ايدرك پك مؤثراً اجراى فعل ايدر. زياده مقدارده يعنى مزاج مريضه كوره ايكى اوچ و حتى درت بش دانه الندقده محاط هضميسى خدره وقميص عضليسى وهنه اوغرامش بولنان امعايى دخى تهييج وايقاظ ايدرلر .

طعام بدايتنده چوربا و يا برآز صو ايله التمليدر .

ت. لردى وليسسوند — برنجى صنف اجزاجيلرندن

نومرو ٩١ پوتى‌شان سوقاغى — پارس

تركيه‌نك باشليجه اجزاخانه‌لرنده دخى بولنور

كرچه فتق پك محجم دكلسـه‌ده مريضك احوال عموميه‌سى غايت وخامت‌انكيز ايدى . قئيات غائطى اختناقك اوچنجى كوننده باشلامشلردر . انهباط عظيم ايچنده قالان مريض بطنى اوزرينـه الك حفيف برتضيقيله بيله محسـوس فوق‌العاده اشد بر وجعدن بيزار ومتشكى ايدى . وعينى زمانده‌ده ايچه عظيم برطبل بطنى كوريليوردى .

اشـته بروجه بالا اعراضك جمع اولدينى بودقيقه‌يه قدر مريضك عائله‌سى عملياته شدتله ممانعت ايتمكده ايكن خسته‌نك حالنك كيت بكيت كسب وخامت وشئامت ايلديكنى كورونجه ناچار روى موافقت كوسـترمكه مجبور اولديلر . ادوات ملزومه‌يى تعقيم ومريضى بطلان حسه‌القا ايتدكدنصكره عملياته مباشرت ايلدم .

اولا ورم اوزرينه سكز اون سـانتمتره طولنده بر شق منحرف اجرا وجلد ايله انسجهٔ تحت الجلديه‌يى بعدالتسليح كيسهٔ فتق اوزرينه مواصلت ايلدم .

كيسهٔ مذكوره فتح اولننجه اتصالات شربيه‌نك وجودى مشهودم اولمغله اتصالات مارالذكرى بعدالقطع تماماً شربدن مشـكل ايمش كبى كورينان بر ورم صغير بولدم . شرب اوزرينه‌ده برشـق اجرا ايدنجه معايى اختناقك لون واصفى اولان بر رنك سواديده اوله‌رق كوردم .

شربى معادن تفريق ايلدكدنصكره رباط ژمبرناط اوزرينـه تفريج داخلى ياپارق شربى قسماً تسليح ايتدم . تفريج واقع اكمال اولننجه معاده درحال بطنه داخل اولدى . خلقهٔ فخذى‌يى ستر ايچون عضلهٔ مشطيه وقوس فاللوب صفاقى اوزرينه درت ، بش خياطه وضعنى كافى كوردم . جدار بطن خياطه‌لرينى‌ده ياپدقدن صكره جريحه‌يى قپادم .

عملياتدن اوچ سـاعت صكره مريض ينه قئيات غائطى ايله متألم اوله‌رق و برقاچ دقيقه صكره برانقلاب كلى حصوله كلمش واوكيجه‌يى كمال سـكونتله امرار ايتمشدر . اوكيجه درجهٔ حرارت ۳۷,۲ ايكن فرداسى كـونى بر آز دها اثر حمو كوسترمش ايسـه‌ده فقط حال طبيعى‌يى تجاوز ايتامشدر . اوچنجى كونى ايسـه غايت مبذول بردفع ضرورت وقوعه كلمشدر .

مريض خيـاطه‌لرى رفع ايلديكم طقوزنجى كونه قدر هيچ بر اضطراب ايله متأذى دكلدى تندب ايسه درجهٔ اولى‌ده وقوعه كلوب وايلك تماردن بش كون صكره مريض امور وتوغلات معتاده‌سيله اشتغاله باشليه‌بيلدى .

ايكنجيسى — رفقاى مسـلكدن برى طرفدن كوندرلمش يكرمى بش ياشـنده بردليقانليدر مومى‌اليه حالات مرضيه‌سنى شـو يولده نقل ايتمكه باشلدى : اره صره

جریدهٔ امراض الصحه

عسکریه و ملکیهٔ دولت علیهٔ عثمانیه

ایکی فتق فحذی { ارککده }

برنجیسی — برنجی خستهم ، اللی یاشـنده ، توتونجی میناس نامنده بری اولوب یدی سنه‌دنبرو برفتق فحذی‌یی حامل ایمش .

بوندن ایکی ماه مقدم ، بالضرور اجرا ایلدیکی برسعي متعاقب ، مغبن بمناسنده‌کی ورملك دفعةً تزیید حجم ایلدیکنی کوروب و بونی متعاقب اوجعهٔ شـدیده وقئیات ظهوره کلور . فرداسی کونی جلب اولنـان طبیب کندیسنی بر بانیویه قور اوچنجی کون فتقی رد ایچون تشبثات لازمه‌ده بولنیلورسه‌ده تشبثات واقعه بلا ثمره قالوب ورم ذاتاً بالجمله فتوق فحذیهٔ مختنقه کبی رده معاصی بولنور .

بنم بو خسته‌یی کوردیکم کون فتقك اختناقك دردنجی کونی ایدی . بیچاره بر فتق مختنقك ابراز ایلیه‌جکی کافهٔ لوحهٔ عرضیه‌یی ارائه ایتمك اوزره شـایان ترحم برحالده بولنیوردی .

نومرو ۱۱٤ طقوزنجی سنه



۱ ایلول ۱۳۱۱

جریدهٔ امراض الصحه

عسکریه و ملکیهٔ دولت علیهٔ عثمانیه

هیئت تحریریه

ر دولتلو ماوروینانی، سعادتلو ماقریدی و سویان پاشالر حضراتیله دوقتور پاردو،
پیر آپه‌ری و دوقتور علی حقی افندیلر

کاتب	مدیر
دوقتور مارقوسیان	دوقتور سرپوسیان

غزته اداره‌خانه‌سی

طبیهٔ شاهانه‌نك بولندیغی محلده: درسعادتده بك‌اوغلنده سقا سوقاغنده آصمه‌لی چیقمه‌ده
اعلانات و آبونه خصوصاتی ایچون ناشر جریده «آ. خریستیدیس»ه مراجعت اولنمالیدر
غلطه‌ده وویووده جاده‌سنده نومرو ۱۹

آبونه شرائطی

ر سنه‌لکی استانبول ایچون ۳۰ و ولایات ایچون ۳٦ غروشدر ممالك اجنبیه ایچون ۸ فرانقدر

(آ. خریستیدی مطبعه‌سی)

درسعادتده غلطه‌ده وویووده جاده‌سنده نومرو ۱۹

— ۱۸۹۵ —

9me ANNÉE. 115,116,117.



1/13 DÉCEMBRE 1895.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

DE L'EMPIRE OTTOMAN.

BUREAUX DU JOURNAL :

AU LOCAL DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE, ASMALI TCHIKMA, SAKA SOKAK, PÉRA
CONSTANTINOPLE.

POUR LES ANNONCES ET ABONNEMENTS

S'adresser à l'Éditeur A. CHRISTIDIS

19, Rue Voïvoda, Galata, Constantinople.

PRIX DE L'ABONNEMENT PAR AN

Constantinople : 30 Ptres. — Provinces : 36 Ptres. — Étranger : 8 Francs.



CONSTANTINOPLE,

Imprimerie A. CHRISTIDIS, 19, Rue Voïvoda, Galata.

1895.

(اقزالتریتلی بلاقا محلولی وقومپریمه‌لری)

الام عصبیه ، عضلیه ، سینیه ، غضروفیه ، ذات المفصل الخ .

9me ANNÉE N° 115, 116, 117 1/13 DÉCEMBRE 1895.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

DE L'EMPIRE OTTOMAN.

SOMMAIRE — Clinique Médicale, par le **Prof. Jaccoud**.— Répliques à la communication « *De l'Hystérie* », faite par *M. le Dr Logothétis*, dans la séance du 3 Mai 1895 : *Troisième réplique*, par le **Dr Bratsano**.— De l'urée dans le cancer, par le **Dr Serpossian**.—Réponse à MM. *Th. Akestoridès* et *S. Serposssian*, par M. **Pierre Apéry**.

CLINIQUE MÉDICALE.

De la pleurésie pulmonaire sèche compliquée de pleurésie diaphragmatique

par M. le Prof. Jaccoud.

La fillette dont je vais vous parler aujourd'hui est un exemple frappant de ces cas où le diagnostic, bien fait et précoce, permet de sauver les malades, car, on peut le dire avec certitude, si nous n'avions pas fait notre diagnostic dès le début, si, par conséquent, nous n'avions pas été en état d'appliquer notre traitement immédiatement, la petite fille en question serait peut-être morte maintenant. Ce cas ne comporte donc pas qu'un enseignement qui lui est propre exclusivement, il est d'une portée générale s'appliquant à une foule de circonstances, et c'est pourquoi j'insiste tant sur ce point.

La petite malade est âgée de quinze ans ; elle entra dans notre service le 13 juin au soir. Je l'ai vue le lendemain et l'ai trouvée dans le même état. Ce qui m'a frappé, ce qui a frappé les personnes qui l'avaient vue la veille, c'est une dyspnée violente qui n'était pas tout à fait de l'orthopnée —la malade pouvant se coucher légèrement et tenant la tête très élevée,— mais, je le répéte, d'une intensité très grande. Le respiration était superficielle et peu utile à l'hématose, comme il se passe toujours dans ces cas.

L'expression de la figure était anxieuse. Elle souffrait en même temps de douleurs thoraciques de deux côtés mais surtout du côté gauche. La température à l'entrée, au soir 39°8, le lendemain 38°6.

L'ayant interrogée, nous avons appris qu'elle n'était pas malade seulement de la veille. Depuis quelques jours déja, depuis une semaine en-

viron, elle était tourmentée d'une toux assez intense, mais qui lui permettait néanmoins de se livrer à son travail ; c'est seulement le 12 juin au soir qu'elle s'est sentie plus mal, et le lendemain matin, elle n'a pu reprendre son travail.

Il est donc évident que, pendant les premiers jours de la maladie, rien ne faisait prévoir la gravité ultérieure ; il y a donc eu une conversion du 12 au 13 : le 12, elle a travaillé jusqu'au soir même, le 13, le matin, impossibilité absolue de travailler. Nous assistons donc à la phase où un accident, en apparence sans importance, s'est transformé en une maladie incontestablement grave.

Je vous ai déjà dit quels symptômes présentait cette malade : fièvre forte, dyspnée intense, anxiété et douleurs thoraciques prédominant du côté gauche.

Eh bien ! en présence de ces symptômes et surtout de cette dyspnée, quelle idée doit se réveiller dans l'esprit du médecin, avant qu'il commence son examen, et les diriger dans ses investigations ? Je ne parle pas, bien entendu, de maladies aiguës de l'appareil respiratoire. On y pense avant tout, c'est certain. Ce qui est important à savoir, c'est qu'il existe d'autres cas pathologiques qui n'ont aucune espèce de rapport avec les affections de l'appareil respiratoire et qui sont aptes à déterminer une dyspnée très intense, (j'élimine, cela va de soi, des dyspnées non fébriles). Quels sont ces cas ? Ce sont d'abord des fièvres éruptives et surtout la variole. On oublie trop souvent que ces maladies dans la période d'invasion peuvent déterminer une dyspnée très violente et cela *dès le début* ; cette dyspnée peut aller jusqu'à l'anxiété la plus complète.

Voilà le premier groupe.

Le second groupe est d'un ordre tout autre ; il se rapporte spécialement au sexe féminin. Bernout et Goupil ont, les premiers, attiré l'attention sur ce fait que le début des menstrues peut s'accompagner exactement des mêmes symptômes : forte fièvre et dyspnée intense. Ces symptômes peuvent se présenter aussi bien chez des jeunes filles qui sont réglées pour la première fois que chez celles qui ont été déjà.

La relation pathologique de la dyspnée avec les menstrues est démontrée d'une façon incontestable par ce fait que la dyspnée, aussi bien que la fièvre, disparaissent dès que les règles se rétablissent, et cela avec une très grande rapidité, en l'espace de deux ou trois heures. La dyspnée se dissipe donc ici exactement dans les mêmes conditions que dans la variole où elle est chassée par les premières papules. Les mêmes phénomènes peuvent se présenter chez les femmes d'un certain âge, mais beaucoup plus rarement. Par cet exposé, bien rapide, vous voyez qu'en face d'une dyspnée intense, surtout chez un sujet du sexe féminin, il y a à considérer, à côté des maladies aiguës de l'appareil respiratoire, deux ordres d'affection : les fièvres éruptives et les trouble de la menstruation.

Etant donné que le nombre de jours que dura la période de l'invasion ne permettait pas à songer à une fièvre éruptive, je me suis arrêté tout d'abord à cette idée que nous pouvions bien avoir affaire à une dyspnée provoquée par des troubles menstruels, et c'est de ce côté que j'ai dirigé mon interrogatoire. Mais tout de suite, j'ai abandonné cette première hypothèse, et vous allez comprendre pourquoi! j'ai appris que notre petite malade finissait ses règles, c'était un jeudi, elle avait eu ses règles le dimanche. Il s'agissait donc d'une maladie de l'appareil respiratoire.

Le premier examen stéthoscopique n'a pas donné de résultat bien efficace. On entendait quelques râles de deux côtés, des râles humides, et voilà tout. On aurait donc pu dire qu'on se trouvait en face d'une simple bronchite de bronches moyennes, et expliquer la dyspnée par une irritabilité toute spéciale et individuelle. Si nous avions fait ce diagnostic, nous aurions commis une grosse erreur, d'autant plus grave qu'elle eût été préjudiciable à la malade. La dyspnée, telle qu'elle se présentait chez cette petite fille, ne pouvait pas s'expliquer par une bronchite, à moins que celle-ci n'eût envahi les bronches capillaires, mais nous n'avons trouvé aucun signe de cette dernière maladie. Il fallait donc répéter avec insistance les examens, dans le but d'arriver à un résultat positif. C'est ce que nous avons fait.

Et, en effet, si dans les parties supérieure et moyenne des poumons nous n'avons trouvé que des râles. en portant l'oreille plus bas, sur la partie inférieure nous avons constaté des *frottements pleuraux*. Ces frottements, d'intensité moyenne, s'entendaient très bien en avant, en arrière et sur le côté. J'ajoute, —et c'est là, comme vous allez le comprendre, un fait de bien grande importance,— que ces frottements s'entendaient *jusqu'en bas*. Il semble, au premier abord, —et c'est contre cet erreur que je m'élève avec force,— que la constatation des frottements ait jeté une une clarté suffisante et que la situation soit devenue absolument claire.

Eh bien, non! Cette constatation ne nous donne pas une explication suffisante, et le médecin qui commettrait cette erreur manifesterait une instruction fort incomplète. Vous devez savoir que, quand il y a pleurésie pulmonaire sèche, s'étendant jusqu'à la base du poumon, —et c'est le cas ici,— il y a aussi en même temps *pleurésie diaphragmatique*. Cette pleurésie est sèche ou mouillée, suivant que la pleurésie pulmonaire est sèche ou mouillée. *C'est un fait qui n'a pas d'exception*. Dans tous les cas où vous aurez constaté des frottements s'étendant jusqu'aux limites inférieures du poumon, vous pouvez affirmer qu'il y a une pleurésie diaphragmatique. Maintenant que nous avons établi ce fait, la situation ne présente plus d'obscurités. Tout devient clair, la dyspnée s'expliquant d'une façon absolument suffisante par l'existence de la pleurésie diaphragmatique.

Vous savez fort bien, je n'ai pas besoin de vous le dire, combien la pleurésie diaphragmatique avec épanchement est grave, combien le ta-

bleau en est sinistre. Cette gravité est moindre, au point de vue de l'issue, pour la pleurésie diaphragmatique sèche, mais à condition que le diagnostic soit fait de très bonne heure. Si vous méconnaissez la relation de la pleurésie pulmonaire avec la pleurésie diaphragmatique, vous donnez du temps à la pleurésie sèche de se transformer en une pleurésie avec épanchement, et alors votre malade se trouve, par ce fait même, dans une situation singulièrement aggravée.

Dès que vous constatez l'existence de la demi-ceinture de frottements plus ou moins complète allant jusqu'à la rigole pleuro-pulmonaire, admettez pleinement le diagnostic de pleurésie diaphragmatique ; même dans les cas où il n'y a pas de dyspnée avec intense, vous ne devez pas hésiter et vous laisser détourner de la vraie voie.

Faites, je ne saurais trop répéter, votre diagnostic hardiment et agissez en conséquence. Vous comprenez bien que le point important du traitement consiste à éviter à tout prix la formation de l'épanchement. Comment ai-je agi dans notre cas ?

Je n'ai pas donné de médicaments sauf une potion de Todd ; pour calmer un peu les douleurs thoraciques dont la malade se plaignait, j'ai fait appliquer immédiatement un vésicatoire ; j'ai fait mettre en outre des ventouses sèches sur les membres inférieurs et la base du thorax, et j'ai soumis la malade au régime lacté. Le lendemain la fièvre baissa et disparut complètement le surlendemain ; la dyspnée diminuait de jour en jour et maintenant la malade est parfaitement guérie de sa pleurésie. Je vais revenir tout à l'heure sur les traces que la maladie a laissées ; je voudrais avant vous dire quelques mots du cas où la pleurésie diaphragmatique se présente seule et où il n'y a, par conséquent, aucun signe stéthoscopique de nature à éveiller votre attention.

En vain vous auscultez les poumons, vous n'entendez rien. La situation, dans ces cas, est extrêmement dangereuse. Vous devez faire votre diagnostic en vous basant sur les symptômes et surtout sur la dyspnée. Si, après un interrogatoire minutieux et un examen attentif, vous ne découvrez aucune cause de cette dyspnée, vous devez poser le diagnostic de pleurésie diaphragmatique. Il existe encore un signe extrêmement important, je veux parler *de la rétraction de l'hypocondre dans toute la région atteinte.* Cette rétraction vous indique un obstacle à la respiration normale, par conséquent un processus inflammatoire de la plèvre diaphragmatique.

Je reviens à notre petite malade.

Je vous ai dit qu'elle est radicalement guérie. La maladie est finie, mais on ne doit pas se contenter de cette constatation. Il faut aller plus loin et se demander de quelle façon s'est terminé la pleurésie : par résolution ou par adhérence ? Si c'est par résolution, tout va bien ; mais si c'est par adhérence que le processus s'est terminé, la situation change du

tout au tout, et, dans un instant, je vais vous dire les conséquences fâcheuses de cette terminaison.

Vous avez donc à vous préoccuper de l'état, crée par la maladie, qui vient de se terminer : si vous ne pouvez pas répondre immédiatement à cette question, attendez, patientez, revoyez votre malade, plusieurs fois s'il le faut. Généralement on peut répondre de suite, et dans notre cas particulier je dis sans aucune espèce de réserve que la pleurésie s'est terminée par adhérence.

Et pourquoi ? me demanderez-vous.

Parce que dans la région qui était occupée par les frottements, *la sonorité normale n'est pas revenue.* Si vous percutez cette région, surtout dans le quart inférieur, vous verrez qu'il y a là une submatité incontestable. Et qu'est-ce peut donner cette submatité, sinon les fausses membranes ! Quand celles-ci sont condensées, organisées comme on dit, elles augmentent les vibrations locales ; mais ici, comme les fausses membranes sont à peine formées au lieu d'augmenter, elles *diminuent* les vibrations vocales.

Voilà donc quelle est la situation.

Notre petite malade a eu une pleurésie diaphragmatique sèche qui a mis ses jours en danger; cette pleurésie s'est terminée par la guérison, mais a laissé des traces fâcheuses : l'adhérence des poumons avec les côtes d'une part, avec le diaphragme de l'autre. C'est à cause de cette adhérence que vous constatez chez elle une rétraction de l'hypocondre dans une étendue de trois à quatre travers du doigt.

Lorsque les fausses membranes s'organiseront définitivement, il se formera une véritable soudure entre les poumons, les côtes et le diaphragme. Au niveau de cette soudure costopulmonaire qui peut remonter plus ou moins haut, il n'y aura plus, bien entendu, de cavité pleurale, l'excursion du poumon sera notablement compromise, et par conséquent l'hématose, se faisant dans les conditions anormales, sera bien insuffisante.

Supposez maintenant que cette petite malade soit atteinte un jour d'une pleurésie avec épanchement. Qu'arrivera-t-il ? Le liquide, ne pouvant plus occuper, comme il le fait d'habitude, les parties les plus déclives, se portera plus ou moins haut, et modifiera ainsi le résultat de l'examen stéthoscopique. Ce résultat sera faux, parce qu'on croira à une grande quantité de liquide, quand il n'y en aura que fort peu.

Ce n'est pas tout.

L'épanchement, n'ayant pas assez de place, pressera sur le poumon, pourra le refouler et disloquer complètement les rapports normaux des organes intra-thoraciques. Cette dislocation est extrêmement grave, tellement grave qu'elle peut entraîner la mort, si l'on n'intervient pas à temps.

Voilà les deux premiers points. Autre conséquence :

Si l'on n'est pas au courant, on se mettra en mesure de faire la ponction au lieu d'élection, c'est-à-dire dans la partie inférieure où il n'y a pas de liquide. Et savez-vous quel est l'inconvénient de cette ponction ?— *la mort immédiate du malade.*

Dans ce cas on est tombé dans le péritoine, la rate et, dans un cas où le diaphragme était remonté au-dessus de la sixième côte, *dans le ventricule gauche.* Vous voyez donc combien la thoracentèse est une opération délicate. Avant de l'aborder, il faut s'enquérir, si, par hasard, le malade n'avait pas été atteint auparavant d'une pleurésie sèche qui eût pu laisser des traces. Si vous apprenez l'existence d'une pleurésie, méfiez vous, ne faites pas la thoracenthèse d'un coup, et ayez recours d'abord à une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz.

Il est facile de se tromper, vu que les fausses membranes anciennes et épaisses peuvent donner une matité aussi complète qu'un épanchement. Pour éviter l'erreur, regardez le malade respirer. Que trouvez-vous ? Un renversement des mouvement respiratoires normaux. Pendant l'inspiration ce n'est pas une amplification du thorax que vous constaterez, mais, au contraire, un retrait. Ce retrait respiratoire n'indique qu'une paralysie du diaphragme, ce qui n'est pas suffisant pour affirmer l'existences des adhérences étant donné que l'épanchement peut déterminer la même paralysie.

Pour affirmer l'existence des adhérences, il faut avoir constaté un autre signe que j'ai signalé dans une note communiquée à l'Académie de médecine en 1879. Je veux parler de la *rétraction concentrique des côtes elles-mêmes*. Si vous trouvez ce signe, vous ne devez plus hésiter un instant, votre diagnostic sera d'une exactitude absolue, la rétraction concentrique des côtes elle-mêmes pendant l'inspiration étant le *signe pathognomonique* des adhérences anciennes.

Troisième réplique.

M. le docteur Logothétis, répondant aux observations faites par ses collègues, dit qu'il n'a pas été compris et il ne fait que récapituler dans sa réponse ce qu'il a dit dans sa communication sur l'hystérie.

Je crois que nous avons tous très bien compris les vues et les pensées de M. Logothétis. Moi je n'examinerai point l'exposé historique de sa communication, car ce point a été assez éclairé par les honorables préopinants.

M. Logothétis dit qu'en parcourant les ouvrages de Charcot et de ses élèves sur l'hystérie il a été frappé par le fait que parmi les hystériques citées par eux il y avait un grand nombre qui souffraient dans la sphère génitale et surtout à la matrice, comme M. Logothétis le fait ressortir de

l'histoire de ses malades, et que Charcot et ses élèves négligeaient l'examen gynécologique des hystériques. Se basant sur ses quelques cas d'hystérie avec lésion et déviation de la matrice, guéris par l'intervention gynécologique, M. Logothétis conclut que la plupart des cas cités par Charcot et ses élèves étaient de la même catégorie, et qu'ils pouvaient être guéris par la même méthode. Enfin M. Logothétis croit qu'à côté de l'hystérie psychique il y a place pour l'hystérie utérine.

Le reproche du Docteur Logothétis n'est pas fondé, car Charcot et son école ne négligeaient point l'examen gynécologique des femmes hystériques, au contraire, dans leurs ouvrages, ils en parlent très souvent, comme cela a été prouvé par les honorables préopinants ; mais l'école de la Salpétrière ainsi que plusieurs auteurs classiques donnent peu d'importance à la matrice dans l'étiologie de l'hystérie.

Voici ce que, par hasard, nous avons lu ces jours-ci dans la pathologie de Dieulafoy relativement à l'étiologie de l'hystérie : «l'influence des altérations de la matrice et de ses annexes sur l'hystérie est minime. » La théorie d'après laquelle l'hystérie a pour point de départ la matrice a fait déjà son époque, c'est Hippocrate qui, le premier, a émis cette théorie et c'est à lui que l'on doit le terme hystérie de ὑστέρα et M. Logothétis se révèle ainsi rétrogressif voulant retourner à la théorie hippocratique. Et puis l'hystérie ne s'observe pas fatalement chez toute femme souffrant des organes génitaux, elle peut être observée aussi chez des femmes qui n'ont rien d'anormal dans les organes génitaux, et chez les hommes, quoique elle soit très rare chez ces derniers. Je vous dirai en passant que je connais un jeune élève, fils d'une hystérique, qui présente des accès parfaits d'aura hystérique avec perte de connaissance et chute. Cette personne présente aussi des plaques hystérogènes aux fosses iliaques. Je viens à présent aux cas de M. Logothétis.

Quant à moi j'accepte que dans les cas qu'il nous a cités il s'agissait bien de l'hystérie. Mais M. Logothétis se contente de nous dire tout bonnement que ses hystériques étaient sans tare héréditaire, et il ne cherche pas à établir si l'hystérie ou une autre maladie psychique existait chez les aïeux de ses malades, et cela bien à tort, car l'*atavisme* peut être aussi bien observé dans l'hystérie que dans plusieurs autres maladies.

Quant à la guérison de l'hystérie dans les cas de M. Logothétis, je n'hésite pas à l'attribuer à la *suggestion*, car avec elle seule, sans aucune intervention gynécologique ou médicamenteuse, on parvient à faire disparaître comme par enchantement les stigmates hystériques.

Donc l'hystérie est une et indivisible. L'hystérie est une névrose cérébro-spinale et du grand sympathique, affection du système nerveux purement fonctionnelle sans altérations anatomiques connues. Elle peut être observée chez des femmes qui souffrent dans la sphère génitale, mais

aussi chez celles dont les organes génitaux sont tout à fait normaux et chez les hommes. Sa cause principale est l'hérédité. La division de cette maladie en hystérie psychique et hystérie utérine ne peut pas être admise.

Dr BRATSANO.

DE L'URÉE DANS LE CANCER.

Dans la séance du 1er Février dernier, à propos d'un cas de sein sarcomateux, présenté par M. Zartarian, M. Akestoridès a émis l'opinion qu'on découvre dans les urines des cancéreux, de la peptone avec excès d'indican et d'acétone; il pense que cette particularité peut aider au diagnostic.

Je me suis souvenu, à ce propos, des recherches analytiques sur les urines des cancéreux qu'on avait pratiquées, il y a une dizaine d'années, à l'hôpital de la Pitié de Paris, dans le service de Verneuil. Un médecin avait soutenu que dans la diathèse cancéreuse, les maladies fabriquent plus d'urée qu'à l'état normal et il préconisait le régime végétarien dans le but de diminuer cet excès de secrétion. Une pareille assertion, ne pouvant être admise sans contrôle, on procéda à l'analyse des urines des malades de ce genre qui se trouvaient alors dans le service; le résultat prouva uu excès d'urée dans un certain nombre de cas, mais, non uniformément chez tous; aucune conclusion ne peut donc être tirée de ce fait et la question est restée en suspens et indécise.

Dans la séance du 1er Février, quand M. Akestoridès cherchait le secours de l'analyse des urines pour le diagnostic du cancer, j'ai voulu, en mentionnant les faits ci-dessus, attirer son attention plutôt sur l'urée que sur l'indican et l'acétone, en cas où l'on voulut procéder à des recherches.

En effet, l'excès de l'urée est digne de remarque dans une maladie telle que le cancer qui fait son évolution d'une façon apyrétique et nous ne sommes habitué de voir cette augmentation que dans les maladies fébriles.

M. Apéry, qui a pris part à cette discussion, a donné lecture, dans la séance suivante, d'un travail sur le même sujet, travail qui a été publié dans l'organe de la Société. Dans sa dissertation, M. Apéry n'accorde pas une valeur diagnostic à l'indican et a l'acétone, de même qu'à l'urée dont il ne reconnait que la diminution de secrétion dans le cancer et il fait sur l'urée une étude didactique; il expose les circonstances et les maladies dans lesquelles elle est secrété en excès. Je trouve cette amplification superflue et étrangère à la discussion, car il ne s'agit pas, en la circonstance, d'une étude générale de l'urée, ni du taux de sa secrétion dans les maladies en général, mais bien de son chiffre élevé dans le cancer. Du

reste, M. Apéry qui soutient la thèse de la diminution de l'urée dans les affections cancéreuses devrait bien prouver son assertion. Pour arriver cependant à étayer son opinion, d'une manière indirecte, il invoque la théorie des suroxydations, des matières protéiques par la fièvre ; le cancer n'étant pas une maladie fébrile, à l'instar de la fièvre typhoïde ou autre, l'urée ne sera donc pas secrétée en excès. J'eusse préféré, au lieu de théories pathologiques, des faits, des faits convaincants, tels que des tableaux d'analyse des urines des cancéreux, seules preuves qui eussent tranché la question.

Notre préférence et notre attente étaient d'autant plus légitimes, en l'occurrence, que M. Apéry jouit d'une compétence incontestable en chimie et s'occupe de l'analyse de l'urine sur une large échelle. Faute de procéder de cette façon rationnelle, il ne prouve rien de contraire à ce que nous avons avancé sur la question.

Mais, sommes-nous peut-être ambitieux d'exiger de pareils tableaux de précision de la part de nos chimistes quand nous venons à penser à la façon dont se pratiquent les analyses d'urine dans notre pays. D'ordinaire, sur l'ordre du médecin, l'on envoie une certaine quantité d'urine chez le chimiste pour qu'il en fit l'examen. Celui-ci, généralement, ne connaît en aucune façon le malade ni le genre d'affection dont il est atteint. S'il découvre dans le liquide qu'il analyse, une substance étrangère, de l'albumine ou du sucre, par exemple, il peut se faire une idée sinon rigoureusement exacte mais, du moins, rapprochée de la maladie dont il s'agit ; mais si le manipulateur ne constate dans la matière qu'il examine qu'une variation de taux des éléments qui constituent une urine normale, son analyse ne lui précisera absolument rien, et à moins que le médecin traitant ne vienne le renseigner, il demeurera dans son ignorance. Dans de conditions aussi aléatoires, comment nos chimistes peuvent-ils prendre des notes scientifiquement exactes et dresser des tableaux de statistique ? Dans les hôpitaux, la chose est possible, mais dans la clientèle civile, ces sortes de recherches sont entourées de mille difficultés.

Mais, revenons à notre question. L'augmentation du chiffre de l'urée n'arrive-t-elle exclusivement que dans les maladies fébriles, et n'y a-t-il pas des affections chroniques, comme le cancer, où l'on ait pu l'observer ?

Harley cite un malade, ayant la polydipsie, qui rendait dans les 24 heures, 4000 grammes d'urine. Cette quantité renfermait 84 grammes d'urée, presque 4 fois plus que la normale.

Dans ce cas, il y a une particularité à observer pour la pratique des analyses. Si, on calcule la quantité de l'urée sur 1000, système qu'on voit souvent sur les tableaux d'analyse, parce qu'on n'apporte au chimiste qu'un échantillon d'urine, on trouve 21 grammes d'urée sur 1000 chiffre qui est la normale, tandis que ce n'est pas la quantité sur 1000 qui est nécessaire de connaître, mais la sécrétion totale dans les 24 heures, ce

qu'on ne peut établir qu'en envoyant à l'analyseur les urines de 24 heures, ou en faisant un calcul à part sur le tableau d'analyse.

Le même auteur a constaté également une secrétion considérable d'urée (50 sur 1000) dans certains cas d'épilepsie. C'est pendant les accès qne la secrétion augmentait, puis diminuait graduellement pour arriver à la normale. Les accès d'épilepsie ne sont pas accompagnés de fièvre et si, exceptionnellement, il arrive un peu de chaleur, celle-ci est si faible qu'elle n'est pas suffisante pour expliquer le fait.

Nous ne prétendons pas conclure de ces faits que dans la polydipsie et dans l'épilepsie il y a une fabrication d'urée considérable, mais qu'il y a des polydipsiques et des épileptiques qui peuvent présenter ce phénomène ; de même pour le cancer, nous n'avons pas soutenu que tous les cancéreux fabriquent beaucoup d'urée, comme M. Apéry nous le fait dire pour les besoins de sa cause, mais qu'il se rencontre des cancéreux dont les urines renferment une quantité d'urée dépassant la normale, sans que pourtant ils aient la fièvre.

Voici un nouvel exemple d'un double intérêt scientifique, dans lequel le chiffre de l'urée étant élevé, a servi comme un symptôme important pour poser le diagnostic du cancer ce qui a été confirmé ultérieurement par la chirurgie.

Le cas a été communiqué à la Société médicale des hôpitaux de Paris dans la séance du 10 mai par M. Albert Mathieu (en son nom et au nom de M. Quénu) qui vient à l'appui de ce que j'avais avancé dans la séance du 1er février ; il est intéressant à d'autres points de vue.

« Le malade dont il s'agit avait vingt-deux ans et il était sous-lieutenant d'infanterie lorsqu'il présente les premiers symptômes d'une dyspepsie grave à la suite d'ennuis répétés et de surmenage. Les caractères et l'heure d'apparition des douleurs qu'il éprouvait, son âge, l'existence de vomissements alimentaires, firent penser à une hyperchlorhydrie, mais un traitement et un régime appropriés qu'institua M. Bouveret (de Lyon) ne donnèrent aucun résultat. Notre confrère s'assura du reste, par un examen chimique, que l'acidité stomacale était faible (0,7 pour 1000) deux heures après un repas ordinaire. Aussi pensa-t-il à un cancer de l'estomac.

C'était, après ces constatations, le diagnostic le plus probable lorsque un peu plus tard, le malade vint à la maison Dubois très amaigri, ayant perdu l'appétit, pâle, mais n'ayant pas la teinte jaune caractéristique.

Cependant, son âge (vingt-cinq ans), la durée relativement longue de sa maladie (plus de deux ans) l'intensité extrême des douleurs qu'il éprouvait et que des injections de morphine pouvaient seules calmer, enfin un chiffre élevé d'urée (27,75 par jour) m'inspirèrent des doutes, et me parurent justifier une laparatomie exploratrice. M. Quénu la pratiqna. Elle nous montra de petites nodosités d'aspect cancéreux disséminées sur

le péritoine, une plaque de même apparence sur la petite courbure de l'estomac, à gauche du pylore, enfin un litre de sérosité dans l'abdomen. Les suites de cette intervention furent simples et, chose curieuse, les douleurs disparurent complètement après l'opération. L'appétit revint et le malade était plein d'espoir, lorsque trois mois plus tard, il succomba à une diarrhée profuse.

L'intérêt de cette observation résulte du jeune âge du sujet, de l'évolution lente de son cancer (contrairement à la règle ordinaire) enfin la disparition complète des douleurs—qui étaient excessives et duraient depuis trois ans— à la suite de la laparatomie.

Je signalerai, en passant, le chiffre élevé de l'urée dans l'urine, nouvel exemple qui montre bien qu'il ne faut pas attribuer une importance trop grande à l'hypoazoturie pour le diagnostic du cancer stomacal.

Enfin, ce cas démontre, une fois de plus, l'utilité de l'analyse chimique pour un diagnostic de cet ordre ».

Voici un malade, ayant perdu l'appétit, pâle et très amaigri, qui fabrique dans les 24 heures 27,75 cent. d'urée sans qu'il y ait de fièvre, sans qu'il puisse ingérer, par le fait de son état, la quantité de substances azotées nécessaire pour l'entretien de l'organisme. La fabrication de l'urée chez lui se fait donc en partie au dépens de la réserve de l'organisme. Cette rupture d'équilibre entre l'apport et la dépense de l'azote, ne doit pas être rattachée qu'à la maladie dont il est atteint, c'est-à-dire au cancer. Pourquoi une usure exagérée d'azote dans le cancer? L'explication n'a pas été donnée, mais le fait existe et l'analyse chimique le prouve.

Il serait désirable de savoir quelle est la fréquence de ce phénomène dans le cancer ; est-il dû à tel ou tel organe atteint de cette diathèse, ou à certaines périodes de son évolution? ce sont les recherches ultérieures qui pourront résoudre ces questions.

Pour le moment, retenons le fait, et souvenons-nous que dans la pratique, c'est un signe de plus pour le diagnostic du cancer, diagnostic souvent difficile à établir au début, quand le mal atteint des organes internes et que le contrôle par le microscope est impossible. Aujourd'hui, en outre, qu'on essaie la sérothérapie contre cette redoutable affection, méthode qui a procuré des succès avérés à deux médecins de Paris, il est du plus grand intérêt que la clinique ait un élément d'investigation de plus pour parvenir à un diagnostic précoce.

Il est superflu d'ajouter que l'absence de ce signe n'infirme en rien la probabilité du cancer.

Dr Serpossian.



Réponse à MM. Th. Akestoridès et S. Serpossian.[1]

Infandum, regina, jubes, renovore dolorem.

(Enéide, 1, II, V, 5.)

Messieurs les sociétaires ont pris connaissance des répliques successives qui m'ont été faites par mes honorables contradicteurs, MM. Th. Akestoridès et S. Serpossian, sur la présence et la quantité de l'indican, de l'acétone et des peptones dans les urines et sur le taux de l'urée comme signe diagnostique des carcinomes. En ce qui me concerne, j'ai eu la faveur d'entendre et même de lire ces savants travaux, mais je regrette d'être forcé d'avouer que bien que mes honorables contradicteurs soient revenus, heureusement, à une plus juste appréciation des choses, ils continuent toujours à commettre des erreurs qu'ils auraient pu facilement éviter, s'ils avaient voulu d'abord commencer par s'entendre.

Ils auraient constaté que ce qu'ils nous disent dans leurs répliques s'applique admirablement aux théories qu'ils ont hasardées dans la mémorable séance du 1er Février 1895.

Rassurez-vous, Messieurs, je ne les poursuivrai point sur tous les points qu'ils ont soulevés ; je me bornerai simplement à mettre les points sur les *i*, seul moyen de couper court à des malentendus et à des répliques oiseuses, présentant un bien maigre intérêt pour la science.

L'un deux, M. Th. Akestoridès, semble avoir, dans sa laborieuse réplique, répondu à ses propres paroles. Je pense que chacun de vous, Messieurs, partagera mon avis lorsqu'il aura sous les yeux le paragraphe suivant où sont consignées les paroles prononcées par M. Th. Akestoridès lors de la communication faite par M. Zartar, point de départ de cette longue discussion. Les voici textuellement : « Quand l'examen objectif du « malade n'est pas suffisant pour décéler la présence d'un cancer, il se- « rait très pratique de faire l'examen des urines du malade. Dans la plu- « part des cas, les urines des cancéreux contiennent de la peptone avec « excès d'indican et d'acétone. De la présence du premier, ainsi que de la « quantité des deux autres, le soupçon d'un cancer peut devenir une « certitude, parce que la peptone, provenant ordinairement de la décom- « position des globules blancs, prouve qu'il y a quelque part un foyer « pyogène. »

De la présence du premier, (peptone), retenez bien ce mot, et de l'excès des deux autres, le soupçon d'un cancer devient une certitude ! Hé bien, non, et M. Th. Akestoridès, dans sa réplique, se trouve obligé, malgré lui, d'exiger un excès de peptone et pas sa présence seule (voir page 2me, ligne 3me de son manuscrit), et de nous faire une longue énumération des maladies où l'on constate la présence de la peptone (pneumonies, tous les processus purulents, en quantité considérable dans la méningite suppurative, dans tous les processus morbides se déclarant par une formation et décomposition du pus, dans le scorbut, dans les processus ulcéreux des intestins, différentes plaies, dans le puerpérium, etc., etc., etc.). M. Th. Akestoridès finit par avouer que l'on ne pourrait avoir aucune certitude sur la nature de la maladie par la présence même avec excès des peptones, et qu'un examen clinique et l'apparition des symptômes

(1) Lue dans la séance du 1 Novembre 1895.

spéciaux à chaque maladie sont nécessaires. Où donc est la *certitude* dont M. Akestoridès nous parlait lors de la séance du 1er Février? N'est-ce pas que c'est lui-même qui se corrige et se refait? Peut-on plus contester avec lui sur ce point? Evidemment non, car M. Th. Akestoridès a fini par reconnaître que la présence et même l'excès des peptones dans les urines ne constituent point le signe caractéristique du cancer, puisqu'ils se rencontrent dans nombre de maladies. Mais ce que je tiens à relever, c'est qu'il a fini par partager, sans le comprendre, ma manière de voir. En outre, nous tenons à faire connaître à notre savant contradicteur qu'en dehors des nombreuses maladies où les peptones se rencontrent même avec excès, maladies qu'il a énumérées, chose que j'avais faite avant lui, et que l'on pourrait encore multiplier, ce corps se rencontre souvent aussi dans les urines normales, et parfois même les peptone et les pro-peptones étant des transformations de l'albumine, il se produit dans l'urine albumineuse même après son émission sous l'influence des ferments organisés ou des ferments solubles. Partant, dans l'état actuel de la science et pour le moment, les peptones n'ont aucune importance clinique (Prof. Bourget, de Lausanne). N'est-ce pas que ce serait peu sérieux de traiter une personne de carcinomateuse par la simple raison que l'on a constaté des peptones dans ses urines.

Que dire sur la présence de l'acétone comme signe de cancer? Dois-je me répétér et relire la longue liste des cas où ce corps se rencontre dans les urines? On s'est beaucoup occupé en Allemagne, dans ces dernières année, de la présence dans les urines de l'acétone, phénomène auquel on attribuait une certaine importance pathologique, les résultats des nombreux travaux publiés sont encore très incomplets pour qu'on puisse en faire une application clinique. Disons seulement avec Bizzozero et Firket que l'acétone s'observe *normalement* dans l'urine et qu'il est en excés dans le diabète et pas dans le cancer. Quant à l'indican, n'est-ce pas encore M. Th. Akestoridès qui s'accorde aujourd'hui avec moi en rapportant de nombreuses maladies où ce corps se trouve en excès?

Vous avez lu ma première réplique. Lisez aussi, avec votre commodité, celle de M. Th. Akestoridès, lorsqu'elle sera publiée, et vous verrez vous-même combien mon contradicteur devient, dans sa réplique, le plus ardent adepte de mes opinions. Heureusement, ce qu'il a dit ne s'efface plus; *verba volant, sc.ipta manent.*

L'indican se trouve dans les urines de maladies si nombreuses qu'il faudrait passer presque toute la pathologie pour y trouver les quelques rares exceptions dans lesquelles on ne l'a pas rencontré. Et puis, n'avons-nous pas dit que ce corps se trouve souvent même dans les urines normales? M. Akestoridès nous parle de son excès; mais, mon Dieu, n'a-t-on pas trouvé des grandes quantités de ce corps dans les urines de malades atteints de choléra, de péritonite, de phtisie, de lymphômes multiples, de tumeurs, dans les étranglements de l'intestin grêle comme aussi dans le cancer? Le prof. Bourget, de Lausanne, a fini par ne reconnaître l'importance de l'indican que seulement pour nous donner d'utiles renseignements sur la manière dont s'accomplit l'acte de la digestion intestinale, spécirlement dans l'intestin grêle. P.Sicard arrive aux mêmes conclusions.

En ce qui concerne M. Akestoridès, je concluerai donc qu'il est en contradiction avec ses premières idées qui lui ont valu ma première réplique et la sienne; à savoir, que l'indican, l'acétone et les peptones dans les urines ne sont pas des signes certains de l'existence d'un cancer dans

l'organisme, car ces corps se rencontrent dans un grand nombre de maladies fébriles et apyrétiques. Et si l'examen des urines est, pour le médecin, une des plus importantes méthodes de diagnostic quand il sait en apprécier les résultats à leur juste valeur, cette même analyse peut l'induire en erreur s'il attribuerait une signification à tel phénomène qui n'a aucune importance. Agir ainsi, c'est compromettre une des plus précieuses méthode de diagnostic et surtout de pronostic.

Voilà pour M. Akestoridès, mon savant contradicteur chimique.

Quant à mon ami et non moins savant contradicteur chimique, M. le Dr Serpossian, j'ai aussi quelques choses à lui opposer pour lui prouver combien nous sommes loin de nous entendre.

Voici ce que j'opposerai à sa dernière réponse :

M. Serpossian veut : 1° que le taux de l'urée soit élevé dans les urines des carcinomateux ; 2° des tableaux statistiques pour l'édifier du contraire et 3° que l'on remédie au système de procéder à l'analyse des urines pour en tirer des conclusions.

En ce qui concerne le premier point, je le lui conteste encore une fois, au nom d'une loi de la pathologie générale qui veut que la quantité d'urée émise augmente en raison directe de la quantité de sang qui parcourt le rein. (Prof. Ludolf Krohl, d'Iéna.)

D'après l'opinion de tous les savants modernes, c'est plutôt l'hypoazoturie, l'hypophosphaturie, la leucocytose et la diminution de la valeur globulaire qui càractérisent les urines des carcinamateux (Rommelære, Quinquaud, Dujardin-Beaumetz, Bernqeim, etc.). De Renzi a constaté, il est vrai, dans deux cas que le taux de l'urée était normal, mais il n'a jamais pu constater, comme le veut M.Serpossian, une augmentation. Il en est de même de Henri Jean et de Prost de Liège.

Toutefois, M. Serpossian est libre d'avoir une opinion contraire, de la conserver; mais il ne pourra jamais nous convaincre tant que l'expérience du laboratoire dit non et que les savants praticiens qui publient les traités d'enseignement s'y opposent.

Le second point de M. Serpossian ne me semble point soutenable. Il veut des tableaux de statistique ; mais comment les lui présenter, puisque les auteurs, en énumérant leurs résultats, emploient des chiffres non classés en tableaux. Tous les savants que nous avons opposés à M. Serpossian se prononcent après examen et même des examen très nombreux. C'est une règle élémentaire, et, en ce qui me concerne, je n'avais pas jugé nécessaire, en citant des opinions et des résultats, de mentionner que je m'y étais conformé. Il est certain que c'est après de nombreuses analyses que les auteurs ont parlé et que j'ai également émis mon avis. Que mon savant contradicteur, M. Serpossian, se rassure donc ; ce que je lui ai dit dans ma première réplique est conforme à la stricte vérité et ne souffre pas de contrôle.

(à suivre.)

اشته سرپوسیان افندینك صوك جوابنه قارشی اعتراضاتم شونلردر :

سرپوسیان افندی : (١) سرطانلیلرك ادرارنده بوله‌نك مقدارینك تزایدی (٢) بونك عكس اثبات اولنمقچون استاتستیق جدوللری تنظیم وارائه اولنمق لزومنی (٣) ادرار معاینه‌سندن نتایج حسنه وكافیه استحصال اولنمق اوزره طرز تحلیلك تعدیلی لزومنی بیان ایدیور .

مومی الیهك سرد ایتدیكی مطالعاتك برنجیسنه امراض عمومیه قوانیننه استناداً تكرار رد جواب ایده‌بیلورمكه بوله‌نك عضویتده تزایدی كلیه‌لردن مرور ایدن مقدار دم ایله مبسوطاً متناسبدر . (معلم لودولف قرول دبه‌نا) .

ارباب فنون حاضره‌نك رأینه كوره (رومله‌ر ، كنقو ، دوژاردن ، بومتج ، برنهایم وسائره) سرطانلیلرك ادرارینی توصیف ایدن حالات مواد آزوتیه ومواد فوسفوریه‌نك تناقص وكریوت بیضانك وقیحیه‌نك ظهوری وكربوات حمرانك مقدارینك تناقصیدر . كرچه دورنزی ایكی خصوصده بوله‌نك مقدارینك حال طبیعیده اولندیغی بیان ایتمش ایسه‌ده دوقتور سرپوسیان افندینك فكری موجبنجه اصلا تزاید جهتی التزام ایتمامشدر .

مع مافیه دوقتور سرپوسیان افندی كندی رأینده اصراره مختارسه‌ده لابوراتوار تجربه‌لرینك و بو بابده یدطولا احمانی نشریاتنك بتون خلافنه اوله‌رق بزی اقناعه مقتدر اوله‌مز سرپوسیان افندینك مطالعاتنك ایكنجیسی خصوصات ممكنه‌دن دكلدر . مومی الیه استاتستیق جدوللری تنظیمنی ارزو ایدیور فقط بالجمله مؤلفین واصل اولدقلری نتایجی ارائه ایچون جدول شكلنده تصنیف ایدلمین ارقامی استعمال ایتدكلرندن بز دخی بو یولده‌كی جدوللری نصل تقدیم ایده‌بیلورز .

سرپوسیان افندی‌یه قارشو كوستردیكمز مؤلفینك كافه‌سی برچوق معاینه‌لردنصكره بیان رأی ایتمكده‌درلر . و بوخصوص قاعدهٔ ابتدائیه واساسیه ایدوكندن بنده‌كزدخی نتایج وارای مختلفه‌یی درمیان ایدركن قواعد مزبوره‌یه تماماً تطبیق حركت ایتمش ایدم. شبهه‌سزدركه مؤلفین برچوق تحلیللردنصكره شق شفه ایتدكلری مثللو بنده‌كز دخی بو بابده عین طرزده حركت ایتدیكمدن بیان ایتدیكم خصوصاتك محتاج قونترول اولمدیغنه دائر سرپوسیان افندی رفیقمز مطمئن اولملیدر .

(مابعدی وار)

شوصوك سنه‌لر ظرفنده آلمانياده ادرارده آسه‌تونك موجوديتنه فوق‌العاده اهميت اسناد وخصوص مزبور ايله زياده‌سيله اشتغال اولنديسه‌ده سرريات نقطهٔ نظرندن تطبيقبخش اوله‌بيلمكچون هنوز تجربيات مختلفه‌نك نتايجى نا تمام عد اولنيور .

بوبابده (بيزوزه‌رو) و (فيركه‌ت) ايله هم فكر اوله‌رق آسه‌تون بولده طبيعى اوله‌رق موجود اولوب تبول سكريده تصادف اولنورسه‌ده سرطانده تصادف اولنمديغنى بيان ايده‌بيلورم .

انديقان جوهرينه كلنجه اكستوريدس افندى بوخصوصده بنده‌كزله تماماً هم‌افكار اوله‌رق انك موجود بولنديغى امراض متنوعه‌يى تعداد ايديور .

انديقانك ادرارده موجود بولنديغى خصوصات اولقدر متواتردركه انك تصادف اولنمديغى خصوصات نادره‌يى ميدانه قويمقچون بتون امراض كوزدن كچورمك ايجاب ايدر . بوندن فضله اوله‌رق جسم مزبورك حال طبيعيده‌كى ادرارده موجوديتنى اولجه بيان ايتمشدم . انك قولرا والتهاب پريطون وسل‌الرئه واورام لنفاويهٔ متعدده واورام سائره وامعاً رقيقه اختناقاتى وكذا سرطانده زياده مقدارده بولنديغى جمله‌جه معلوم بركيفيت اولديغى حالده اكستوريدس افنديك بونك افراطندن بحث ايديشى جاى استغرابدر .

لوزان شهرنده‌كى معلم موسيو (بورژه‌نك) انديقانه اسناد ايتديكى اهميت انجق جسم مزبورك على‌الخصوص امعاء رقيقه‌ده‌كى هظم معاينك طرز وقوعى حقنده بزه معلومات نافعه اعطا ايده‌بيلمكچوندر وسيقار دخى عين نتايجه واصل اولور .

اكستوريدس افندى عائد اولان جهته كلنجه كنديسنه بنده‌كزى مدافعه‌يه كنديسنيده بنده‌كزه تكرار اعطاسى جوابه مجبور ايدن افكار ابتدائيه‌سيله ضديت تامه‌ده‌در يعنى پپتونلرله آسه‌تون وانديقان جسملرى كرك حماوى وكركسه معدوم الحماء برچوق امراضده ادرار درونده بولندقلرندن يدنده سرطانك موجوديتى انلرله اصلا تعيين اولنه‌ماز . كرچه ادرارك تحليل ومعاينه‌سى طبيب ايچون انك نتايجنى بحق تقديره موفق اولديغى حالده غايت جالب اهميت مخصوصه اصول تشخيصدن معدود اولوب بالعكس اهميتى اولمين هرقنغى بر علامته طبيب اهميت وررسه انى دوچار خطا ايتمكه باعث اولور . بو وجهله حركت ايدن طبيب تشخيص وعلى‌الخصوص انذار حقنده اك قيمتدار اصوللردن برينى سؤ استعمال ايتمش اولور .

اشته اكستوريدس افندى حقنده عرض ايتمك استديكم خصوصات بوندن عبارتدر .

محب عزيزم ومعارضم سرپوسيان افندى‌يه كلنجه يكديكريمزك مرامنى اكلايه‌مديغمزه دائر كنديسنه بعض اعتراضات سرد ايده‌جكم .

افنديلر ظن ايدرمكه بومعارضهٔ عظيمه‌يه مبدأ اولان ظارتاريان افنديك مباحثه‌سی اثناسنده آژن اكستوريدس افندی طرفندن صرف اولنان تعبيراتك بروجه آتی فقراتی جمله‌كزك تماماً معلومی اولورسه فكر عاجزانه‌می تسليمدن كيرو طورميه‌جغكزه امين اولديغمدن انلری عيناً نقله مبادرت ايليورم . « برسرطانك موجوديتی تعيين ايچون خسته‌نك معاينهٔ ماديه‌سی كفايت ايتمزسه ادراری تحليل ايتمك پراتيك نقطهٔ نظرندن كسب اهميت ايدر . اكثريا سرطانلی خسته‌لرك ادراری افراط درجه انديقان وآسه‌تون ايله پپتونی حاملدر . برنجينك موجوديتيله ديكرلرينك دخی مقداری سرطانك موجوديتی حقنده صورت قطعيه‌ده اشتباه حاصل ايتديرر زيرا پپتون اكثريتله كريوات بيضانك تحللتندن نشئت ايتمكله بدنك هر قنغی برمحلنده مولدقيح برمنبعك موجوديتنی ايما ايدر » . پپتونك موجوديتی وديكرلرينك افراطيله سرطانك موجوديتی قطعيت درجه‌سنده اشتباه كسب ايدرمش ! اويله ايسه خير ايش بويله دكل وته آژه‌ن اكستوريدس افندی مدافعه‌سنده پپتونك موجوديتندن ماعدا افراط درجه‌ده بولنديغنی اعترافه مجبور اولوب پپتونك دها قنغی نوع افراضده تزايد ايتديكنی بيان ايديور . واكستوريدس افندی پپتونك موجوديتيله سريريات نقطهٔ نظرندن تعيين امراض ممكن اولوب هر بر خسته‌لق ايچون كنديسنه مخصوص اعراض مهمهٔ سائره‌نك تدقيقی ايجاب ايتديكنی بيان ايديور .

بوحالده اكستوريدس افندی دها برچوق خسته‌لقلرده پپتونك تزايدينی درمقال ايدرك كندی قوليله كنديني جوحه قيام و بووجهله عرض مزبورك تشخيص سرطانه مدار اوله‌ميه‌جغنی اعلان ايديور .

بوصورتجه كندی آرزوسی خلافنه اوله‌رق بنده‌كزك فكريمه اتباع ايدرك پپتون ديكر بر چوق خسته‌لرك ادرارنده بولنديغندن تشخيص سرطانه مدار اوله‌ميه‌جغنی بيان ايديوركه بوخصوص اندن اول عاجزلری طرفندن عرض ايدلمش ايدی . حتی بو بابده‌كی مثاللر تكثير اولنه‌بيلديكی كبی پپتون حال طبيعيه‌كی ادرارده بيله تصادف اولنه‌بيلور و پپتون ايله پروپپتون زلالك تحولندن نشئت ايتدكلرندن زلال حاوی اولان ادرارك افراغندن صكره بيله متعضو و ياخود قابل حل محمرلرك تأثيريله پپتون حاصل اوله‌بيلور . فقط حال حاجزنجه پپتونلرك هيچ براهميت سريريه‌لری يوقدر و برشخصك ادرارنده پپتونلرك موجوديتی انك حامل سرطان اولديغنه دليل اوله‌ماز .

آسه‌تونك موجوديتی سرطانه علامت اوله‌بيلورمی ؟ بوجسمك دخی موجود بولنديغی ادرارلرك جدولنی عريض و عميق حكايه ايتمك لزومی حس اولنيورمی ؟

القنيهٔ مزبوره مناسبتيله اعضادن بعضيلرينك مصابيتمى يوخسه سرطانك نشو ونماسى ادوارينك هرقنغى بريسنه‌مى منوط ايدوكى هنوز معلوم دكل ايسه‌ده ايلروده بالتحريات مسائل مزبوره‌نك حل اولنمسى محتملدر .

شمديلك شوراسى خاطردن فراموش بيورلمامليدركه سرطان خصوصاً اعضاء داخليه‌يه صولت ايده‌جك اولورسه تشخيص بدايتاً پك مشكل اولوب بوبابده خرده‌بيندن استعانه دخى ممكن اولمديغندن بوله جوهرينك تزايدينك تعيينى كسب اهميت ايدر .

اليوم تداوئ بالمصل نظريه‌سى كسب اهميت ايدوب خصوصاً پارس اطباسندن ايكيسى سرطانك تداويسيچون بو واسطه ايله احراز موفقيت ايتدكلرندن سرطانك برآن اول تشخيصى سريريات نقطهٔ نظرندن محسنات عظيمه ابراز ايدر .

بونكله‌برابر بوله‌نك بولنه‌مامسيله سرطانك عدم موجوديتنه قناعت حاصل اوله‌ماز.

سرپوسيان

ته آژه‌ن اكستوريدس وسرپوسيان افنديلره جواب

آفات سرطانيه‌نك علامت تشخيصيه‌سى اوله‌رق اندىقان وآسه‌تون جسملريله پپتونلرك مقدارى وموجوديتى حقنده اكستوريدس افنديله سرپوسيان افنديك يكديكرينى متعاقب واقع اولان اعتراضاتى جمله اعضاى جميتك معلومكرده اولديغى مثللو بنده‌كز دخى اعتراضات مبحوثه‌يى استماع ونسخ مطبوعه‌سنى قرائت ايتديكمدن مع التأسف معارضينك تسليم ماده‌يه تقرب ايتدكلرى حالده انجق درميان اولنان مطالعاته حصر دقت اولنمامق سائقه‌سيله دوچار خطا اولدقلرينى مشاهده ايديورم . اكر بو نقطه‌يه دقت ايتمش اولسه‌يديلر ١٩٨٥ سنه‌سى شباطك برنجى كونكى اجتماعمزده صرف ايتدكلرى نظرياتك مدافعه‌لرنده بيان ايتدكلرى خصوصاتله جاى تطبيق اولديغنى درك ايدرلر ايدى .

افنديلر مطمئن اولكزكه بنده‌كز انلرك مدافعاتنه حرفياً جوابدن بالاستنكاف انجق فن نقطهٔ نظرندن حائز اهميت اولمين بر بحثله دور ودراز اوغراشمامقچون عدم اتفاق افكارى موجب اولان نقاطى برمقدار توضيح ايده‌جكم .

بونلردن ته آژه‌ن اكستوريدس افندى مدافعه‌سنده كندى اقوالنى تصديق ايديور .

الاشتها اولديغی حالده دخول ایتدیسه‌ده هنوز سرطانه مخصوص اولان لون خاسفی حائز دكل ايدی .

مع مافيه سنی (يكرمی بش ياشنده) وخسته‌لغك مدت دوامی (ايكی سنه‌دن زياده) وحس ایتدیکی اوجاعك مورفين شرینغه‌لريله كسب سكونت ایده‌بيله‌جك درجه‌ده‌كی شدت فوق‌العاده‌سی و بوله‌نك يوميه ۲۷,۷۵ مقدارنده متزايد بولنيشی بنده‌كزی شبهه‌لنديروب برخذع بطن استقصائی اجراسی لزومنه اقناع ایتدکلرندن موسبو (كه‌نو) عمليات مزبوره‌يی اجرا ايتدی .

فی‌الحقيقه عمليات مزبوره غشاء مستبطن صدر اوزرنده منتشر سرطان شكلنده حدبات صغيره ايله معده‌نك انحناء صغيری اوزرنده وبونك جهت ايسرنده عين منظره‌ده برصفيحه وداخل بطنده برليترا مايع مصلی موجوديتنی قويمش و بعد العمليات خسته‌ده ايولك مشاهده اولنه‌رق اپجه اميد خليالری حاصل اولمش ايسه‌ده مع التأسف اوچ ماه صكره مرقوم بر اسهال عميق ايله ترك حيات ايتدی .

اشبو مشاهده‌ده جالب دقت اولان خصوص قاعدهٔ عموميه خلافنه اوله‌رق خسته‌نك حداثت سنی وسرطانك بطائت نشو ونماسی واوچ سنه‌دنبری دوام ايتمكده اولان اوجاع طاقتفرسانك خذع بطن عملياتيله مندفع اولمسی كيفيتلريدر مع مافيه شوراسنيده اخطاره مجبورمكه بوله‌نك مقدارينك درون بولده تزايدی سرطان معده‌نك علامت فارقه‌سی اولان تبول تحت آزوتی‌يه اولقدر اهميت اسناد اولنمامسنه سببيت ويرر . و بوخصوص دخی بو نوع تشخيصلرك صحيچون تحليل كميونيك اهميتنی اثبات ايدر .

مثلا بوخسته اشتهاسنی غيب ايدوب صرارمش وضعيفلمش اولديغی حالده بلا حماء يكرمی درت ساعت ظرفنده ۲۷,۷۵ بوله افراز ايدوب خسته‌لغی وحال اقتضاسی بدننك ادامهٔ قوتنه كافی مقدار مواد آزوتيه ادخال ايتمامكده اولديغندن بوله جوهرينك برقسمی البك بدننده‌كی احتياط بولنان موادن حصوله كلور .

آزوتك ادخال وصرفی بينده‌كی توازنك غيبوبتی انجق مرقومك مبتلا بولنديغی خسته‌لغه يعنی سرطانه عطف واسناد ايديله‌بيلور .

بو صورتجه سرطانده آزوتك زياده صرفی ندن نشئت ايديور ؟ بو نقطه هنوز ايضاح اولنمامش ايسه‌ده خصوص مزبورك موجوديتی محقق و بوده تحليل كميوی ايله مثبتدر .

سرطانده علامت مزبوره‌نك كثرت وقوعنك درجه‌سی بيلنمك و بو كيفيت سؤ

درونندهكى اولميوب بالعكس يكرمى درت ساعت ظرفندهكى افراز اولنان بولك دروننده من حيث المجموع بولنان مقدار اولديغندن بوكيفيت كمياكره يكرمى درت ساعتلك ادرارك كوندرلمسيله ممكن اولور .

عين مؤلف بعض صرعه خصوصاتنده (بيكده اللى) نسبتنده اولمق اوزره بولهنك افرازنده برتزايد عظيم اثبات ايتمشدركه بعده تناقص ايله نهايت بولان بوتزايد تدريجى اثناى حملاتده وقوعه كلور. مع مافيه صرعه نوباتى حرارت ايله مترافق دكلدر وحرارت حاصل اولسه بيله مقدارى غايت جزؤى اولديغندن اثبات مدعايه اصلا كافى دكلدر .

خصوصات مزبورهيى بياندن مقصد عاجزانهم كثرت عطشى و صرعهده بوله جوهرينك افراز فوق‌العادهسى فكرى اولميوب انجق سرطانده اولديغى كبى بعض كثرت عطشى وصرعهيه مبتلا اولانلرده و سرطانليلرده علامت مزبورهنك مشاهده اولنهبيلديكى كيفيتى اولوب يوخسه آپهرى افنديك احقاق حق ايچون بندهكزه اسناد ايتديكى وجهله سرطانليلرك كافهسنده بولهنك تزايدينى بندهكز اصلا بيان ايتميوب يالكز سرطانليلرك بعضيلرتده حرارت تزايد ايتمكسزين بولهنك تزايد ايتديكنى ذكر ايتدم .

اشته بروجه آتى ذكر ايتديكم مشاهده بوله جوهرينك تزايديله سرطانك موجوديتى تعيين ايدهبيلديكنى و بعد العمليات كيفيتك بسبتون تظاهر ايتديكنى تأييد ايتمكله فناً حائز اهميتدر .

اشبو مشاهده پارس جمعيت طبيهٔ اماكن الصحيهسنك فى مايس ١٠ تاريخلو اجتماعنده (آلبهر ماتيو) طرفندن كندى (وكهنو) نامنه قرائت اولنهرق بندهكزك شباطك برنجى كونكى اجتماعمزده بيان ايتديكم تصديقه مدار اولور كيفيتلردندر .

« بحثده بولنديغم خسته يكرمى ايكى ياشنده بر ملازم ثانى اولوب جسمانى روحانى بعض يور غنلقلرى متعاقب سؤ الهظمه مبتلا اولور . حس ايتمكده اولديغى اوجاعك اوصاف واوقاتى وسنى وقيئات غدائيهنك موجوديتى برسؤ الهظم فوق‌الحامض جهتنى تخيل ايتدرديلرسهده موسيو (بووره) طرفندن ترتيب ايديلن غدا وتداوىء خصوصى هيچ برنتيجهيه منجراولمديغندن مومىاليه معاينهٔ كميويهيه بالمراجعة حامضيت معدويهنك عادى برطعامدن صكره بيكده ٠,٧ نسبتنه تناقص ايتديكنى مشاهده ايدرك همان بر سرطان معده موجوديتنى تفكر ايتدى .

و بوتشخيصدن صكره اشبو خسته (دوبوا) دارالتداويسنه غايت ضعيف ومعدوم

وعلى العموم امراضده‌كى مقدار تزايدينك بيانى مطلوب اولميوب انجق سرطانده بونك افراط درجه‌ده موجودينى درميان اولنديغندن آپه‌ری افندی آفات سرطانيه‌ده بوله‌نك تناقصى فكرنده بولنديغى حالده ادعاسنى اثبات ايتمك لازمكلور . مع مافيه مومى اليه فكرينى ترويج ايتدرمكچون حما واسطه‌سيله موادنك تحمضى بيان و حالبوكه آفات سرطانيه ايسه حماء شبه تيفو وسائره مثللو امراض حماويه‌دن بولنمديغندن انده بوله جوهرينك تزايدى محال بولديغنى اتيان ايليور . بنده‌كز بويولده نظريات مرضيه يرينه سرطانليلرك ادرارينك معاينه جدوللرى مثللو دلائل مقنعهٔ محققه‌يى ترجيح ايدنلردن بولنديغم مثللو آپه‌ری افنديك تحليلات بوليه اوزرينه بدطولاسى جمله‌مزجه مسلم اولديغندن بويولده حركت ايتميه‌رك طرز ديكرله عاجزلرينه اعتراضده بولنمسى اثبات مدعاسنه اصلا كفايت ايده‌مز .

لكن مملكتمزده اجرا قلنان تحليلات بوليه‌نك نقدر بسيط اولديغى تصور اولنورسه بويولده مهم جدوللر ترتيب وارائه اولنه‌ميه‌جغى كيفيتى پك قولايلقله تعيين ايديلور . زيرا على العموم طبيبك امرى اوزرينه كمياكره كونديريلان بر مقدار ادرار درونده زلال و ياخود سكر مثللو برجسم اجنبى كشف ايدلديكى زمان شبهه ايريلن خسته‌لق حقنده آز چوق بر فكر حاصل اولور لكن جواهر بوله‌نك مقادیرنده صورت محسوسه‌ده فرق كوريله‌مديكى تقديرده طبيب مداوى اساس مسئله حقنده ايضاحات كافيه‌يى اعطايه مسارعت ايتميه‌جك اولورسه كمياكر جهالت مطلقه‌ده قالوب دوچار خطا اوله‌جغندن كمياكرلريمزك معلومات فنيهٔ تامه استحصال ايدوب مكمل استاتستيق جدوللرى ترتيب ايده‌ميه‌جكلرى بديهيدر . خسته‌خانه‌لرده بوكيفيت ممكندر لكن خارجده تحريات مزبوره بيك درلو مشكلات ايله دوچار تصعيبات اولور .

هرنه ايسه كلامم بحثمزه : بوله جوهرينك تزايد مقدارى منحصراً امراض حماويه‌ده‌مى اولور وسرطان مثللو آنك تزايدى مشاهده اولنان ديكر آفات مزمنه مفقودميدر ؟ (هاره‌ى) نم مؤلف كثرت عطشه مبتلا برخسته‌ده يكرمى درت ساعت ظرفنده ٤٠٠٠ غرام بول حصوله كلوب اشبو مقدار درونده حال طبيعينك همان درت مثلنه معادل اولمق اوزره ٨٤ غرام بوله بولنديغنى ذكر ايديور .

بوحالده اجراى تحليلات حقنده شايان مطالعه برخصوص وارد خاطر اوليور . كمياكره ادرارك يالكز بر قسمى كتورلديكندن اكر مقدار بوله تحليل جدوللرنده على الاكثر كورلديكى اوزره ١٠٠٠ غرام اوزرينه حساب اولنيورسه حال طبيعى اولان ١٠٠٠ غرام ادراره نسبتاً ٢١ غرام بولنيوركه بيلنمسى الزم اولان مقدار بيك غرام

﴿ سرطانده بوله ﴾

شباطك برنجی كونكی اجتماعمزده ظارطاریان افندی طرفندن ارائه اولنان ورم عقلیٔ ثدی حقنده آكستوریدس افندی سرطانلیلرك بولنده افراط درجه‌ده اندیقان وآسه‌تون جسملریله برلكده پیتون بولندیغنی بیان ایدرك بوخصوصك تسهیل تشخیصه مداری اوله‌جغنی ملاحظه‌سنده بولندی .

بو بابده بنده‌كز دخی بوندن اون سنه مقدم پارسده پی‌تیه خسته‌خانه‌سنده وونویك سرویسنده اجرای عملیات ایدیلن سرطانلیلرك بولی حقنده اجرا قلنان تحریات تحلیلیه‌یی تخطر ایتدم .

سؤ القنیهٔ سرطانیه‌ده بوله جوهرینك حال طبیعیده كندن فضله تزاید ایتدیكنه دائر بر طبیب طرفندن بیان مطالعه اولنه‌رق بو بابده افراط اقزازی تنقیص ایتمك مقصدیله اغدیهٔ نباتیه توصیه اولندیغندن بویولده بر فكر بلا تصدیق جای قبول كوریله‌مامكله اواثناده سرویسده تحت تداویده بولنان سرطانلیلرك بوللرینك معاینه‌سنه تشبث اولندی وبالتحلیل بعضیلرینك ادرارنده بوله‌نك تزایدی مشاهده اولندیسه‌ده بعضیلرنده كوریله‌مدیكندن برنتیجه استحصال اولنه‌میوب بوكیفیت حل اولنه‌میه‌رق معلق قالدی .

شباطك برنجی كونكی اجتماعمزده آكستوریدس افندی سرطانك تشخیصیچون ادرارك معاینه‌سندن استعانه آرزوسنده بولندیغندن بنده‌كز دخی خصوصات مشروحه‌یی درمیان برله شاید معاینه اجرا اولندیغی حالده اندیقان وآسه‌توندن زیاده بوله جوهری اوزرینه جلب دقت ایتمك استدم .

فی‌الحقیقه بوله‌نك افراطی سرطان مثللو بلا حما اجرای فعل ایدن برخسته‌لغك تشخیصیچون شایان اهمیت مخصوصه‌در زیرا اكثریتله بوله‌نك تزایدینی موجب اولان امراضده حرارت بدنه تزاید ایدر .

بومباحثه‌یه اشتراك ایدن آپه‌ری افندینك بوندن اقدمكی اجتماعمزده عین مسئله اوزرینه قرائت ایتدیكی مطالعاتی جمعیتك رسمی غزته‌سیله نشر اولندی . آپه‌ری افندی مباحثاتده اندیقان و آسه‌تونه و بوله‌یه اصلا اهمیت اسناد ایتمامكله برابر بوله‌نك تناقص ایتدیكنی بیان وقنغی امراض و خصوصاتده انك افرازینك تزاید ایتدیكنی درمیان ایتمشدر . موضوع بحث ومعارضه اولان خصوصده بوله‌نك من‌كل الوجوه مطالعه‌سی

بالعکس آنلر حرمتلی هم افکار رفقام طرفندن بیان اولندیغی وجهله اثرلرنده علی الاکثر معاینهٔ مزبوره‌دن بحث ایدرلر . فقط سالپتریه‌ر مکتبی دخی سائر مؤلفین معتمده مثللو اختناق رحمك تولدی حقنده رحمه اولدرجه اهمیت اسناد ایتمزلر .

اشته بوکونلرده بالتصادف دیولافووانك اثر معتبرنده اختناق رحمه عائد تصادف ایتدیکم جمله‌یی ذکر ایدیورم « رحم و آنك ملحقاتنك اختناق رحم تکوننه تأثیری غایت جزؤی‌در » اختناق رحمك مطلقا رحمدن تولد ایتدیکنه دائر اولان نظریات پك اسکیدن مقبول ایدی . بقراط ابتدا بونظریه‌یی ایجاد ایتدیکندن دوقتور لوغوته‌تیس افندینك دخی بقراط نظریه‌سنی قبوله مسارعت کوسترمسی افکار ترقی شکنانه‌یه مالك بولندیغنی ایما ایدن خصوصاتدندر . بوندن ماعدا اختناق رحم یالکز اعضاء تناسلیه‌سندن متشکی قادینلره مخصوص برخسته‌لق اولمیوب اعضاء تناسلیه‌سنجه هیچ راحتسزلغی اولمین قادینلر وحتی ارککلرده دخی آره صره تصادف اولنور برخسته‌لقدر .

بو بابده مثال اوله‌رق ذات عالیلرینه بیان ایده‌بیلورمکه بنده‌کز اختناق رحمه مبتلا برقادینك اوغلی برمکتب طلبه‌سی طانیرمکه آره صره کندینی غیب ایدوب دوشمکدن عبارت اختناق رحم نوباتنی ابراز ایدر . و بوشخص حفرهٔ حرقفیه‌لرنده اختناق رحم تولید ایدیجی صفایح دخی ابراز ایدر . شمدی لوغوته‌تیس افندینك خسته‌سنه کله‌لم .

بنده‌کزه قالورسه بزه بیان ایتدیکی خصوص اختناق رحمدن عبارت ایدی . فقط لوغوته‌تیس افندی کندی مشاهده ایتدیکی اختناق رحملی خسته‌لرك ارثیتدن تماماً وارسته اولدقلرینی بیان ایدوب مذکور خسته‌لرك اجدادنده اختناق رحم و یاخود دیکر امراض روحیه‌نك موجودیتنی تحری ایتمامش ایسه‌ده سائر برچوق امراضده اولدیغی کبی اختناق رحمده دخی اجدادك حالات مرضیه‌سی تحری ایدلمك حائز اهمیتدر .

لوغوته‌تیس افندینك مشاهده ایتدیکی خصوساتك شفایاب اولدقلرینه کلنجه ظن عاجزانه‌مه کوره انلر انجق تأثیر تلقینات ایله شفایاب اولمشلردر زیرا ادویه واعضاء تناسلیه اوزرینه اجرای عملیاته حاجت قالمقسزین اختناق رحم نشانه‌لرینك بوواسطه ایله دفع ایدلمسی ممکناتدندر .

بوحالده اختناق رحم غیر قابل انقسامدر . اختناق رحم دماغ، شوکی وحتی عصب مشترك کبیره عائد بر نوروز وتغیرات تشریحیهٔ معلومه‌یه مالك اولمش بر آفت جملهٔ عصبیه‌در . اعضاء تناسلیه‌جه واحتسزلغی اولان قادینلرده مشاهده اولندیغی کبی ار جهتدن شکایتی اولمین قادینلرده وبعضاً ارککلرده دخی مشاهده اولنور وسبب اصلیسی ارثیتدر . مرض مزبورك روحی ورحمی قسملرینه تقسیمی تجویز اولنه‌مز .

براچانو

قولايلقله الدانيله‌بيله‌جكی جهتله خطابی برطرف ايتمك اوزره خسته‌نك تنفسنه دقت ايدلدكده حركات تنفسيۂ طبيعيه‌نك برعكس اولدقلری واثنای شهيقده قوصرۂ صدريه‌نك توسع ايده‌جك يرده تقصر ايتديكی مشاهده اولنمغله بوحال التصاقات مناسبتيله عضلۂ حجاب حاجزك مفلوجيتنی ايما ايدر .

التصاقاتك موجوديتنی تصديق ايچون اضلاعك تقلص مركزيسندن عبارت ديكر مهم برعلامت دها واردركه بوعلامته تصادف ايدنجه تشخيصكزك صحتنده اصلا تردد حاصل اولماملیدر زيرا اثنای شهيقده اضلاعك تقلص مركزيسی التصاقات عتيقه‌نك تشخيصنه كافی برعلامت مرضيه‌در .

(اوچنجی مدافعه)

دوقتور لوغوته‌تيس افندی صنعتداشلری طرفندن سرد اولنان ملاحظاته جواباً كندی فكرينك لايقيله فهم اولنمديغنی اتيان وكندی جوابنده اختناق رحم اوزرينه اولان مطالعاتنده بيان ايتديكنی ينه تكرار ايتمكده‌در .

ظن عاجزانه‌مه كوره لوغوته‌تيس افندينك ادعا وافكارينی جمله‌مز اكلادق . بنده‌كز مطالعاتنك جهت ترجيحه‌سنی اصلا تدقيق ايتميه‌جكم زيرا بوجهت عاجزلرندن اقدم همفكر اوله‌رق بيان رأی ايدن رفقای محترم طرفلرندن لايقيله تنوير ايدلمشيدی.

لوغوته‌تيس افندی معلم شارقو ايله تلاميذينك اثارينی درپيش ايدرك مومی‌اليهم طرفندن تذكار قلنان اختناق رحمليلر ميانده برچوغنك اعضاء تناسليه‌لرندن وباخصوص رحملرندن شكايت ايتمسی نظر دقتنی جلب ايتمش وعين حالی كندی خسته‌لری اوزرنده دخی تجربه ايتمش اولديغندن شارقو وتلاميذينك اختناق رحمليلرده معاينۂ اعضاء تناسليۂ نسائيه خصوصنده مسامحه‌لرينه ذاهب اولمشدر .

اعضاء تناسليۂ نسا اوزرينه اجرا ايديلن توسط جراحی ايله شفاياب اولان وآفت وانحناء رحم ايله مترافق بعض اختناق رحم خصوصاتنه قاپيله‌رق لوغوته‌تيس افندی شارقو وتلاميذی طرفندن تعداد اولنان كافۂ اختناق رحم خصوصاتنك عين تداوی تأثيريله شفاياب اوله‌بيله‌جكی زعم غريبنده بولنيور . الحاصل لوغوته‌تيس افندی اختناق رحم روحی ايله اختناق رحم رحمی‌يی بر ظن ايديور .

دوقتور لوغوته‌تيس افندينك اسنادی اساسلی دكلدر زيرا شارقو ايله آنك طرفدارلری اختناق رحمه مبتلا قادينلرك اعضاء تناسليه‌سنی معاينه‌ده اصلا تسامح ايتمزلر

درجه‌ده اولدیغی حالده شـفا ایله ختامبولدیسـه‌ده رئه‌لرك برطرفدن اضلاع ودیکر طرفدن حجاب حاجز ایله التصاقندن عبارت آثار مشئومه ترك ایتمش واشبو التصاق مناسبتیله‌درکه ناحیهٔ مراقده اوچ درت سانتیم قدر امتدادده برتقلص مشاهده اولنمقده بولنمشدر .

اغشـیهٔ کاذبه صورت قطعیه‌ده تعضو ایدنجه رئه‌لر ایله اضلاع وعضلهٔ حجاب حاجز بینلرنده برحقیقی اتحـاد حاصل اولور . آز چوق عالی‌یه قدر صعود ایده‌بیلن اشبو اتحادك حذاسـنده جوف جنی موجود اوله‌میه‌جغی طبیعی اولوب الاستیقیت رئویه ومع مافیه فعل تصفیهٔ دم غیر کافی برحالده اولور .

خسته‌مزك برکون تکرار التهاب غشاء جنبه مبتلا اوله‌رق انصباب حصوله کلدیکنی فرض ایده‌جك اولورسه‌ق شبهه‌سز اولزمان قسم مایع علی‌الاکثر واقع اولدیغی کبی جوف جنبك اقسام سفلیه‌سنده تمکن ایده‌میه‌رك آز چوق یوقاری‌یه صعوده میال اوله‌جغندن معاینهٔ مسمعیه‌نك نتایجنی اخلال ایدر و برمقدار جزؤیه‌ده مایع موجود ایکن زیاده مایعك وجودینه ذاهب اولنه‌جغندن معاینهٔ مزبوره‌نك نتیجه‌سی خطـادن ازاده اوله‌مز .

بوندن‌ماعدا انصباب کافی مقدار محل بوله‌مدیغندن رئه‌یی تضییق و برطرفه طوغری دفع ایدرك داخل صدرده‌کی اعضانك مناسباتنی تماماً اخلال ایدرکه شاید وقتیله یتشیلوب تدبیر صرف ایدلمیه‌جك اولورسه بوحال موتی انتاج ایدر .

اکر مکرراً التهاب غشـاء جنبه مبتلا خسته‌ده قسم مایع صدری حقنده معلومات کافیه‌مز مفقود ایسه محل منتخبدن تبذیل احرا ایدلمك هنکامنده خسته بردنبره وفات ایده‌بیلور .

بوکبی خصوصاتده پریطون و طحال زده‌لنه‌بیلدیکی کبی عضلهٔ حجاب حاجزك التنجی ضلعك فوقنه صعود ایتدیکی برخسته‌ده قلبك بطین ایسری زده‌لنمشدر. بوندن مستبان اولیورکه تبذیل صدر عملیاتی غایت مهم ونازك اولدیغندن خسـته‌نك احوال مرضیهٔ متقدمه‌سـنه دائر معلومات مکمله‌یه دسترس اولنه‌رق اجرا اولنملی و آثار ترك ایدن برالتهاب جنب یابسـه اولجه خسـته‌نك مبتلا اولوب اولمدیغی تحقیق اولنملیدر . تحقیقات و تدقیقات واقعه‌کز اوزرینه خسـته‌نك اولجه التهاب غشاء جنب یابسدن مضطرب بولندیغی تعیین ایدرسـه بردنبره تبذیل صدر اجرا ایتمکدن اجتناب ایدرك اولا پراوانز شرینغه‌سیله برتبذیل استقصائی اجرا ایدیکز .

اغشـیهٔ کاذبهٔ عتیقه وکثیفه بر انصباب قدر اهمیت تامه اعطـا ایتدکلرندن بك

شفایاب اولمشدر . خستەلقدن متباقی قالان آثاری بر آز صکره بیان ایدەجکمدن آندن اول ذات عالیلرینــه التهاب جنب حاجزینك یالکز اولەرق ومع مافیه نظر دقتکزی جلب ایدەجك درجەده هیچ برعلامت مسـمیه موجود اولمیەرق معروض اولدیغی خصوص حقنده برقاج سوز سویلمك آرزو ایدرم .

بیهوده یره رئەلری اصغا ایدرك هیچ برشیٔ استماع ایدەمزسەکز اوزمان وضعیت غایت کوچلشور مع مافیه اعراض مشهوده وعسرت تنفس نظر دقته النەرق تشخیص اجرا اولنمیلیدر . شاید برمدبرانه اسـتجواب و یا مدققانه برمعاینـەدن صکره عسرت تنفسك سببی تعیین ایدیلەمزسه بهمحال التهاب جنب حاجزی تشخیصی اجرا ایدلملیدر بوندن ماعدا بتون ناحیهٔ مؤوفه امتدادنجه ناحیهٔ مراقك تقلصیدنخی مهم برعلامت حاصل ایدرکه اشـبو تقلص تنفس طبیعیه واقع اولان برمانعی مع مافیه غشـاء جنب حجاب حاجزینك استطالهٔ التهابیەسنی ایما واشعار ایدر .

خستەمزك تماماً شفایاب اولدیغنی سزه حکایه ایتمشدم . کرچه خستەلق ختامبولمش ایســەده مطالعەمزی دها ایلری سوق ایدرك التهاب غشاء جنبك انحلال و یا التصاق طرزلرندن هانکیسـیله ختامبولدیغنی تدقیق ایتمك اقتضا ایدر . اکر انحلال صورتیله خستەلق خاتمه پذیر اولدیسه علی‌الاعلا لکن استطالهٔ التهابیه التصاق ایله نهایت بولدیسه اولزمان لون مسئله بسبتون تبدل ایدر وایلروده بیان ایدەجکم نتایج وخیمه اعراض مبحوثەیی تعاقب ایدر .

شمدیلك وظیفەمز مندفع اولان خسـتەلغك حاصل ایتدیکی حالی مطـالعه ایله اشتغالدن عبارت قالیورکه اشبو مسـئلەیه درحال جواب ویریلەمزسـه بکلیوب خستەیی ایجابنده دفعاتله کورمك اقتضا ایدر . اکثریتله بو بابده درحال جواب ویریلەبیلور . بزم خستەمزك التهاب غشاء جنبی دخی بوقبیلدن اولوب بالالتصاق ختامبولدیغنی بلا قید احتیاط تأمین اولنەبیلور .

نه ایچون ؟ دیه بندن استمزاج ایتدیککز صورتده اولجه احتکاکات موجود اولان نواحیده اصمیت طبیعیەنك هنوز عودت ایتمدیکنی درمیان ایدەبیلورم . اکر بوناحیەیی علی‌الخصوص ربع سفلیسنده قرع ایدەجك اولورسـەکز غایت واضح برفوق اصمیت مشاهده ایدەجککز بدیهی واشبو فوق اصمیتی اغشیهٔ کاذبەدن ماعدا برشیئك حاصل ایدەمیەجکی طبیعیدر . اغشـیهٔ کاذبه تکاثف وتعضو ایدنجه اهتزازات محلیه تزاید ایدوب بالعکس اغشیهٔ مزبوره هنوز تشکل ایتمکده ایکن اهتزازات محلیه تناقص ایدر .

بزم خسـتەمزك مبتلا اولدیغی التهاب غشـاء جنب یابس حیاتنی تهلکەیه قویەجق

ابتدای امرده احتکاکات جنبه‌نك کشفی حقیقت مسئله‌یی تعیینه مدار اولدی کبی ظن اولنورسه‌ده بو محض خطادر . زیرا احتکاکاتك لایقیله تعیین ماده خصوصنده طبیبه دلالت ایده‌میه‌جکی آشکاردر . جمله‌کزك معلومیدرکه التهاب جنب رئوی یابس قاعدهٔ رئه‌یه دکین انتشار ایدنجه بوراده اولدیغی کبی (التهاب جنب حجاب حاجزی) دخی موجوددر .

التهاب غشا : جنب رئوی یابس ویاخود رطیب ایسه التهاب جنب حجاب حاجزی دخی عین طرزده اولور و بوقاعده‌نك اصلا مستثناسی یوقدر . رئه‌نك حدود سفلیسنه دکین امتداد ایدن احتکاکاته هرنه زمان تصادف اولنسه مطلقا برالتهاب جنب حاجزینك موجودیتی وارد خاطر اولملیدر . بوحالده خصوصات مزبوره درپیش مطالعه ایدیله‌رك عسرت تنفسك سببی التهاب جنب حاجزینك موجودیتیله بالسهوله ایضاح اولنه‌بیلور . تکراره حاجت اولمقسزین انصباب ایله مترافق التهاب غشاء جنب حاجزینك نه درجه وخیم و مدهش بولندیغی پك رعنا بیلورسکز فقط تشخیص وقتیله اجرا قلنورسه التهاب جنب حاجزی ایچون اشبو وخامت عاقبت جهتیله دها قلیلدر . اکر التهاب جنب رئوینك التهاب جنب حاجزی ایله اولان نسبتی تعیین ایدیله‌مزسه التهاب جنب یابسك انصبابلی نوعه تحوله سببیت ویرلمکله بوسببدن خسته‌نك حالی دخی بسبتون وخامت کسب ایتمش اولور .

آز چوق تمام برنصف زنار شکلنده وقاعدهٔ رئه‌یه قدر ممتد احتکاکاتك موجودیتی کشف اولننجه التهاب جنب حاجزینك تشخیصنده تردد اولنماملی وشدتلی عسرت تنفس بولنمدیغی صورتده بیله عین وجهله حرکتدن انحراف ایدلمامليدر .

ذات عالیلرینه تکراراً اخطار ایدرمکه بو بابده بلا تردد اجرای تشخیص ایدرك تداوی‌یه تشبث اولنملیدر . معلومکزدرکه تداوینك اك مهم نقطه‌سی انصبابك وقوعنی هروجهله منعه چالشمقدر .

بزم خسته‌مزکده نه خط حرکت قوللاندم ؟ .

بن برجرعهٔ توددن ماعدا دیکر بردوا اعطا ایتمدم وخسته‌نك متشکی بولندیغی اوجاع صدریه‌نك بر مقدار تسکینیچون همان برلصقه وضع ایتدم . و بوندن ماعدا طرف سفلیلرله قاعدهٔ صدره محاجم یابسه لصق ایتدیروب خسته‌یی پرهیزلبنی‌یه تابع قیلدم .

فرداسی کونی درجهٔ حرارت تنزل ایدوب دها ایرتسی کون تماماً زائل اولدی . عسرت تنفس کون بکون تناقص ایدرك الیوم خسته‌مز التهاب غشاء جنبندن تماماً

اولنه‌بیله‌جکی کبی ایلك دفعه حیض کورن قزلرده دخی اوله‌بیلور . عسرت تنفسك حیض ایله اولان مناسبات مرضیه‌سی عادات شهریه دوزلنجه عسرت تنفس وحما وشدیدك دخی کمال سهولتله وایکی اوچ ساعت ظرفنده غیب اولمسیله تصدیق ایدیلور .

عسرت تنفس جدریده ایلك حلیماتك ظهوریله مندفع اولدیغی کبی بوراده دخی بعینه آنده‌کی شرائطه اتباعاً غیبوبت ایدر .

عین علائم باشلیجه قادینلرده دخی نمایان اوله‌بیلورسه‌ده اندر الوقوعدر .

بوصورتده کنج برقادینده مشاهده ایده‌جکمز عسرت تنفس شدید مناسبتیله جهاز تنفسی امراض حاره‌سندن ماعدا ایکی نوع حال مرضی وارد خاطر اوله‌بیلورکه آنلرده (۱) حمیات اندفاعیه (۲) تغیرات عادات شهریه‌در .

دور استیلانك دوام ایتدیکی ایام نظر مطالعه‌یه آلنمغله برحماء اندفاعی وجودینه قائل اولمق ممکن اولمدیغندن ابتدای امرده تغیرات عادات شهریه‌دن منبعث برعسرت تنفس وقوعنه ذاهب اولدم واستجواباتمی اوجهته میل ایتدردم . فقط چابوجق اشبو ظنمی تبدیلی ایتمکه مجبور اولدم . زیرا بالاخره خسته‌مزك عادات شهریه‌سنی اتمام ایتدیکنی وحیضی بازار کونی بدأ ایدوب معاینه ایتدیکمز کون پنجشنبه ایدوکنی درمیان ایتمکله جهاز تنفسی‌یه عائد برمرض موجودیتنی درك ایتدم .

مسمع ایله ایلك معاینه‌مدن نتایج قطعیه استحصال ایده‌مدم . هر ایکی جهتده خراخر رطبیه استماع ایدلمکده اولدیغندن متواسط حجمده‌کی قصباتده تقرر ایتمش بسیط التهاب قصباتك موجودیتنه ذاهب اولنه‌رق عسرت تنفس ایسه شخصه عائد وخصوصی الطبیعه براستعداد تخرشیه‌یه عطف اولنه‌بیلور ایدی . شاید تشخیصمزی بویولده اجرا ایتمش اولسه‌یدق خسته ایچون فوق‌العاده مضر برخطاء وخیمه دوچار اوله‌جغمز بدیهی ایدی . اشبو قزجغزده مشاهده اولنان عسرت تنفس التهاب قصبات شعریه‌دن تولد ایتمدکجه بسیط برالتهاب قصبات متوسطه‌یه عطف اولنه‌رق قابل ایضاح دکل ایدی وقصبات شعریه‌ده هیچ برآفت کشف اولنه‌مدیغندن برنتیجهٔ مثبته‌یه واصل اولمقچون بتکرار معاینهٔ مدققانه اجراسی ایجاب ایدردی .

فی‌الحقیقه رئه‌لرك اقسام علویه ومتوسطه‌سنده یالکز خراخر استماع اولندیسه‌ده قولاغمزی دها آشاغی‌یه وقسم سفلی‌یه طوغری سوق ایدرك (احتکاکات جنبیه) یه تصادف ایتدك . احتکاکات مزبوره شدتی متوسط درجه‌ده اولوب قدام وخلفدن وحتی یاندن پك کوزل استماع اولنیوردی . تکرار علاوهٔ مقال ایدرمکه احتکاکات مزبوره‌نك اشاغی‌یه قدر استماع اولنیشی غایت جالب اهمیت برکیفیتدر .

سیماسنده آثار کدورت نمایان اولمقده وصدرینك هر ایکی طرفندن وباخصوص صول طرفدن اوجاع مناسبتیله متشکی بولنمقده ایدی . دخولی اخشامیسی درجۀ حرارتی ٣٩,٨ وایرتسی صباح ٣٨,٦ ایدی .

وقوعبولان استنطاق واستجوابمزده برکونلك خسته اولمیوب برهفته‌دنبرو شدتلی وفقط ایشنه کوجنه مانع اولمیه‌جق درجه براوکسوروکدن مضطرب بولندیغنی بیان ایتمکده وتموزك اون ایکنجی کونی راحتسزلغی پك تزاید ایتدیکندن آرتق ایشنه دوام ایده‌مدیکنی افاده ایتمکده‌در .

بوندن اکلاشیلیورکه راحتسزلغنك ایلك کونلرنده وخامت متعاقبه‌یه دائر هیچ برنشانه موجود اولمیوب اون ایکنجی کونك اخشامنه دکین خسته‌مز پك کوزل چالشه‌بیلدیکی حالده اون اوچنجی کونی صباحلین بوبابده مقتدر اوله‌مامشدر دیمك ظاهراً اهمیتسز ظن اولنان راحتسزلق وخیم برخسته‌لغه مبدل اولمشدر .

اشبو خسته‌نك ابراز ایتدیکی اعراض : حماء شدید ، فوق‌العاده عسرت تنفس ، صول طرفده دها غالب اولمق اوزره خجرت واوجاع صدریه‌دن عبارت ایدی .

برطبیب معاینه‌سنی اجرا ایتمزدن اول اعراض مبحوثه وعلی‌الخصوص عسرت تنفس شدیدی نظر مطالعه‌یه آله‌رق بویله برخسته حقنده نه‌کونا فکر حاصل ایده‌بیلور؟ شبهه‌سز جهاز تنفسینك امراض حاده‌سنی تخطر ایتدرمك استمیورم زیرا هر شیدن اقدم انلرك وارد خاطر اوله‌جغی طبیعیدر . بیلنمسی لازم اولان شیٔ آفات جهاز تنفسیه ایله اصلا مناسبتی اولمیان سائر حالات مرضیه‌نك دخی (بلا حما اولان عسرت تنفسلر استثنا ایدلدیکی حالده) غایت شدتلی عسرت تنفسی موجب اوله‌بیلملری قضیه‌سیدر .

حالات مزبورندن عبارتدر ؟ بونلر ابتدای امرده حمیات اندفاعیه و باخصوص جدریدر . امراض مزبوره‌نك دور استیلالرنده حصوله کلن شدتلی عسرت تنفسی اکثریا اونوتولورسه‌ده اشبو عسرت تنفس امراض مزبوره‌نك ابتدای صولتنده بدأ ایدرك خجرت مرتبه‌سنه ارتقا ایدر .

اشته برنجی صنف بونلردر .

ایکنجی صنف ایسه دیکر برطرزده‌در . صنف مزبور علی‌الخصوص طائفۀ نسایه متعلق اولوب (برنو) و (غو بیل) قادینلرده بدایت حیض حما و عسرت تنفس شدید مثللو عین اعراض ایله مرافقت ایده‌بیله‌جکنه دائر الك اول اهل فنك نظر دقتنی جلب ایتمشلرکه اعراض مزبوره عادتلرینی کورمکده اولان قیزلرده مشاهده

طفوزنجی سنه ۱۱۵ ، ۱۱۶ ، ۱۱۷ ۱ كانون اول ۱۳۱۱

جريدهٔ امراض الصحه
عسكريه و ملكيهٔ دولت عليهٔ عثمانيه

سريريات طبيه

(التهاب غشاء جنب حاجزى ايله مختلط التهاب غشاء جنب يابس رئوى)

ذات عاليلرينه بوكون تعريف ايده‌جكم قزجغمز تشخيص مرض وقتيله وكوزلجه اجرا اولنديغى تقديرده خستكانك تخليصنه سبب اوله‌بيله‌جكنى ميدانه قويان خصوصاته عائد غايت واضح برمثالدر . زيرا بدايتاً اجراى تشخيص ايتمامش اولسه‌يدق وشايد على العجله ترتيب ايتديكمز طرز تداوى‌يى موقع تطبيقه قويمامش اولسه‌يدق بحثنده بولنديغمز خسته قيز احتمالكه شمدى وفات ايتمش بولنه‌جقدى . بوخصوص متواتر الوقوع برچوق احواله شمولدار وحذداتنده فوق‌العاده معنيدار بولنديغى مناسبتله بونقطه اوزرينه نظر دقتكزى جلبده اصرار ايديورم .

خسته‌مز اونبش ياشنده اولوب خسته‌خانه‌يه تموزك اون اوچنجى كونى اخشاميسى داخل اولدى . فرداسى صباح معاينه‌مده كنديسنى عين حالده بولدم . نم وخسته‌يى بركون مقدم كورنلرك دقتى عدم تنفسه قريب برشدتلى عسرت تنفسه منعطف اولوردى . خسته باشى مرتفع اولديغى حالده بر مقدار اوطوره‌بيلوريديسه‌ده عسرت تنفس پك شدتلى بولنديغندن تنفسى غايت سطحى وتصفيهٔ دم حقنده غير كافى ايدى .

۱۱۵،۱۱۶،۱۱۷ طقوزنجی سنه

۱ كانون اول ۱۳۱۱



جريدهٔ امراض الصحه

عسكريه و ملكيهٔ دولت عليهٔ عثمانيه

هيئت تحريريه

دوقتور دولتلو ماوروياني، سعادتلو ماقريدی و سوپان پاشالر حضراتيله دوقتور پاردو،
پير آپهری و دوقتور ناظم شرف الدين افنديلر

مدير
دوقتور سرپوسيان

كاتب
دوقتور مارقوسيان

غزته اداره‌خانه‌سی

جمعيت طبيهٔ شاهانه‌نك بولنديغی محلده: درسعادتده بك‌اوغلنده سقا سوقاغنده آصمه‌لی چشمه‌ده
اعلانات و آبونه خصوصاتی ايچون ناشر جريده «آ. خريستيديس»ه مراجعت اولنماليدر
غلطه‌ده ووبووده جاده‌سنده نومرو ۱۹

آبونه شرائطی

بر سنه‌لكی استانبول ايچون ۳۰ و ولايات ايچون ۳۶ غروشدر ممالك اجنبيه ايچون ۸ فرانقدر

(آ. خريستيدی مطبعه‌سی)

درسعادتده غلطه‌ده ووبووده جاده‌سنده نومرو ۱۹

— ۱۸۹۵ —

(ايود وتانلی نوری شرابی)

بالق ياغی وديكر ايودورلره فائقدر .
مقداری: هر طعامدن اول چوجقلره بر قهوه قاشيغی كبارلره بر چوربا قاشيغی .

9me ANNÉE. — No 118. 1/13 JANVIER 1896.



GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

DE L'EMPIRE OTTOMAN.

COMITÉ DE LA RÉDACTION :

LL. EE. les Drs MAVROYÉNI PACHA, MACRIDI PACHA, SÉVIAN PACHA, et MM. Dr NAZIM CHÉRÉFEDDINE BEY, Dr PARDO, et PIERRE APÉRY.
Administrateur : Dr SERPOSSIAN. — *Secrétaire :* Dr MARGOSSIAN.

BUREAUX DU JOURNAL :

AU LOCAL DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE, ASMALI TCHIKMA, SAKA SOKAK, PÉRA
CONSTANTINOPLE.

POUR LES ANNONCES ET ABONNEMENTS
S'adresser à l'Éditeur A. CHRISTIDIS
19, Rue Voïvoda, Galata, Constantinople.

PRIX DE L'ABONNEMENT PAR AN

Constantinople : 30 Ptres. — Provinces : 36 Ptres. — Étrange[illegible] Francs.



CONSTANTINOP[illegible]

Imprimerie A. CHRISTIDIS, 19, Ru[illegible]oda, Galata.

1895.

(اقزالترینلی بلاتقا محلولی وقومپر یمه‌لری)

الام عصبیه ، عضلیه ، سینیه ، غضروفیه ، ذات المفصل الخ .

9me ANNÉE N° 118 1/13 JANVIER 1896.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES DE L'EMPIRE OTTOMAN.

Réponse à MM. Th. Akestoridès et S. Serpossian.

Infandum, régina, jubes, renovare dolorem.

(Enéide, 1, II, V, 5.)

Mais c'est surtout dans la partie de son travail où M. Serpossian s'élève contre la façon dont on exécute les analyses que je tiens à relever quelques points. M. Serpossian nous demande comment un chimiste peut-il se prononcer sur le taux de l'urée alors qu'il ignore la quantité d'urine émise dans les 24 heures, car, dit-il, on n'envoie pas au chimiste le total des urines du malade et on ne lui dit pas le genre de la maladie du patient.

En effet, les patients ne donnent ordinairement au chimiste qu'une partie des urines éliminées ; mais d'abord, à qui la faute ? N'est-ce pas que c'est le praticien qui doit ordonner cet envoi ? Hé bien, toutes les fois qu'un praticien désire connaître les échanges nutritifs et partant la proportion des éléments normaux (urée, acide phosphorique, chlore, etc.), il fait expédier toujours au chimiste les urines de 24 heures ; c'est comme cela du moins qu'agissent MM. les médecins qui me confient leurs analyses. C'est seulement lorsqu'il ne s'agit que d'un simple examen qualitatif que le médecin ne suit pas ce système, et, dans ce cas, je n'y vois pas le moindre inconvénient. Quant à la question : comment le chimiste peut-il savoir qu'il s'agit d'un cancéreux, je répondrai à M. Serpossian, qu'en ce qui me concerne, j'ai des raisons pour lui affirmer que j'ai toujours su le sort de la plupart de mes clients. Tous les carcinomateux qui ont fait faire l'analyse de leurs urines chez moi avaient le taux de leur

urée en diminution, surtout lorsqu'ils se trouvaient dans la période de cachexie. C'est l'hématurie signalée dans 48 % de cas (Ebstein) que attire l'attention des praticiens pour soupçonner un signe de diagnostic d'un cancer des voies uropoiétiques. Quoique ce phénomène n'ait qu'une valeur modérée, il constitue souvent le premier symptôme de la maladie si elle siège dans ces voies. C'est l'hypoazoturie, etc., qui fait soupçonner un cancer dans les autres parties du corps, mais tous ces symptômes sont encore incertains puisque ces phénomènes se rencontrent aussi dans d'autres maladies non fébriles. Il faut donc plusieurs symptômes à la fois pour établir un diagnostic certain.

Voilà comment se termine pour moi cette grosse question. Je finis donc en priant, tout d'abord, mes honorables et savants contradicteurs de compter sur moi : je suis toujours on ne peut plus disposé à leur donner de nouvelles preuves et de nouveaux faits à l'appui de ce que j'avance. Je réclame ensuite la clémence de cette savante compagnie pour avoir été obligé de parler en sa présence des données de la science que chacun de vous connaît aussi bien que moi.

PIERRE APÉRY.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE CRANIO-CÉRÉBRALE

Par le docteur MILLOT-CARPENTIER.

Dans un cas semblable où l'intervention ne semblait guère possible, Durante cependant put enlever la tumeur diagnostiquée, avec un délabrement considérable, qui n'empêcha pas le succès de cette hardiesse thérapeutique. Mais nous le répétons, s'est surtout pour vaincre les troubles moteurs, empêcher la progression des paralysies ou enrayer celles-ci, que les tentatives de chirurhie crânienne peuvent s'expliquer et... s'excuser.

On est moins heureux lorsqu'il s'agit de toucher les points de localisations sensitives, car les troubles sensoriels en fournissent à peu près seuls les indications, et c'est assez vague. Forgue et Reclus ont signalé un bel exemble d'opération dû à Birdsall et Weir (*Medic. News*, 16 avril 1887). Un homme est atteint de vomissements, de vertiges, de céphalalgie, d'engourdissement avec hémianopsie et névrite optique. Comme diagnostic, on annonce une tumeur du lobe occipital qui fut trouvée en effet à l'opération. Une hémorrhagie incœrcible enleva le sujet, c'était à craindre.

Kocher et Sahli (in *Correspond. Blatt. für Schweizer Ærzte*, n° 17, septembre 1889) interviennent par le trépan pour de la céhpalalgie rebelle de l'œdème papillaire, de l'abolition de la vision, et ne trouvent rien derrière la dure-mère incisée en deux endroits, et cependant le malade recouvre en partie la vue et est amélioré ! C'est en vérité de la chirurgie incohérente qui ne peut être recommandée et n'a pas trouvé, du reste, d'imitateurs. Cela prouve les difficultés auxquelles on se heurte dans un grand nombre de circonstrances pour les tumeurs du cerveau.

C'est encore pire lorsqu'il s'agit des néoplasmes du cervelet, et la mort a suivie de près la plupart des interventions qu'on a cru devoir tenter. La syphilis en fournit la majorité et impose l'obligation formelle avant d'ouvrir le crâne de saturer les malades d'iodure et de donner jusqu'à intolérance des doses massives de ce sel, dix, quinze, vingt grammes par jour et même plus ; c'est la seule façon d'impressionner et de faire diminuer les masses morbides cérébelleuses.

Sur quarante-cinq observations de localisations cérébrales tuberculeuses, Wite n'a pas trouvé une seule fois un tuberculome solitaire ! Bergmann a confirmé ces faits. D'où la conclusion pratique de glisser doucement sur ce terrain mouvant, et pourtant Horsley a enlevé avec succès, à un ancien pleurétique âgé de vingt ans, atteint de crampes cloniques avec signal-symptômes dans l'Index et le pouce gauche et de plus épileptique, une tumeur intimement liée au tissu cérébral et siégeant au niveau du centre du pouce. C'était une masse caséeuse encapsulée. Même faite de Mac Ewen (in *Congrès de l'Association britannique,* août 1888). Autre semble de Knapp et Bradford (in *Boston Medical and Surgical Journal*, 1889, T. I[er]). Pourquoi n'essaiserait-on pas de mettre les méninges au contact de l'air, dans la méningite turberculeuse ? Une simple couronne de trépan suffirait et l'on obtiendrait vraisemblablement d'aussi jolis succès que dans la péritonite turberculeuse. C'est aessayer, et l'opération en elle-même n'aggraverait pas beaucoup la situation : l'incision des enveloppes et l'écoulement du liquide céphalo-rachidien auraient également une valeur appréciable de décompression.

Les vieilles gommes syphilitiques réfractaires à la médecine relèvent parfois de la chirurgie cranienne et guérissent par l'extirpation ; tels sont les faits de Forgue, Raumé et Wiliams, Kellock-Baron, Mac Ewen, Horsley, Bergmenn, Allen Starr, etc. Tous les auteurs classiques modernes, malgré les succès que le trépan a parfois donnés, le proscrivent pourtant d'instinct en s'appuyant sur l'incertitude du point à atteindre, et montrent par des expériences de physiologie combien la trépanation agit en aveugle lorsqu'elle pense toucher un point mathématiquement délimité avant l'intervention. Il n'y a qu'une seule voie vraie pour le trépan, c'est la

ligne rolandique autour de laquelle sont groupés tous les centres ; en dehors de cette région l'incertitude règne d'une façon presque absolue, comme de nombreuses expériences d'amphithéâtres et de laboratoires l'ont prouvé. Tous les faits opératoires que nous avons colligés montrent également avec quelle circonspection on doit intervenir dans les tumeurs cérébrales ; l'abstention paraît donc devoir rester la règle et seules les tumeurs des enveloppes, à la rigueur un néoplasme bénin circonscrit du cortex, une cicatrice kystique seront justiciables du trépan, encore faudra-t-il être sûr du diagnostic, qui est le point capital parfois trop oublié.

D'autres tumeurs se développent encore sur la voûte cranienne, nous ne les signalerons que pour mémoire, tels les céphalomatômes et les pneumatocèles ; un peu de compression suffit à leur thérapeutique.

Nous terminerons cet article, déjà bien long, en consacrant quelques lignes aux abcès cérébraux que tout chirurgien doit connaître à fond. Pour d'aucuns le rocher cache toujours les collections purulentes ; il n'en est pourtant pas toujours ainsi et le voisinages d'un néoplasme de la voûte, une affection suppurée des fosses nasales, des sinus de la face, peuvent par propagation de voisinage s'étendre peu à peu et produire des collections dans le cerveau et celle-ci peuvent être ou devenir indépendantes du foyer dont elles proviennent.

Qu'une affection ancienne de l'oreille provoque des douleurs intolérables, mais localisées dans la zone malade, qu'il y ait de la fièvre, des sueurs plus ou moins profuses et infectes, des frissons, un état saburral persistant, on peut être sûr que le malade fait du pus, c'est certain. On doit, dans ce cas, se livrer à un examen attentif de l'oreille ; si le tympan est crevé, on fera des injections boriquées tièdes, ou mieux encore, on le temponnera avec de la poudre borriquée ; si le tympan bombe on pratiquera la myringotomie, ou bien on fera le drainage de la mastoïde après ouverture des cellules. Mais tout cela est parfois insuffisant pour améliorer l'état général et alors la trépanation s'impose, mais là encore la précision du diagonistic est une règle absolue et il ne faut pas attendre que les méninges soient prise, il serait trop tard. On opérera dans l'aire habituelle de ces abcès ; on fera d'abord une première ouverture à la Mac Ewen à six centimètres au-dessus du méat et une contre-ouverture à la partie déclive si c'est nécessaire. On se guidera le plus souvent sur les altérations locales, fistules, dénutations, etc., sur les troubles cérébraux aphasiques ou autres. L'abcès est presque toujours profond, sous-méningé, itra-cérébral. Si l'on rencontre la dure-mère immobile, disent Forgue et Reclus dans leur *Traité de Thérapeutique* si souvent cité dans cet article, si l'on ne sent pas de pulsations, il ya grande chance que l'abcès soit sous-jacent ; c'est du reste l'avis et le signe donnés

par Greenfield, Bergmann, Férier et Gorsley, Roser-Braun, Mac Ewen, Murri, etc., etc. L'aiguille de Pravaz est alors enfoncée et promenée sans crainte dans différents sens ; elle amène assez souvent le liquide collecté ; alors on débride, on désinfecte le foyer et on draine jusqu'à épuisement de la suppuration. Dans l'encéphalite, Czerny, d'Heidelberg, sur 11 cas, en a trépané un seul dès le début, et son malade a guéri ; le même chirurgien pratiqua dans cinq autres circonstances une craniotomie explerative sans succès ; d'où, comme toujours, la nécessité absolue de bien connaître le siège de la lésion et la nature de celle-ci.

Un mot maintenant sur le traitement chirurgical de l'épilepsie. Hâtons-nous de dire qu'il est décevant et que, jusqu'ici, les tentatives qui ont été faites, n'ont abouti qu'à des déboires, car le syndrôme n'est rien comparé aux causes multiples, tares héréditaires, folie, alcoolisme, névropathies, etc., qui l'engendrent et qu'il faudrait pouvoir atteindre. Comme historiographe, nous devons pourtant enregistrer la statistique de Dougalls, in (*Journal of nervous and mental diseases*, 1883) ; il y a là 179 guérisons annoncées sur 296 trépanations qui ont réussi probablement au point de vue opératoire, mais auxquelles il manque la consécration du temps écoulé. Ne voyons-nous pas journellement des modificatious à longues portée, des atténuations et même des disparitions plus ou moins complètes des accès à la suite d'émotions vives, de maladies de peau, de rhumatisme généralisé, après une petite opération, après la ménopause, etc.

Quant à l'épilepsie jacksonienne, on peut croire à la zone enlevable du cortex et obtenir de cette façon une guérison durable ; mais il faut encore nous répéter, le trépan agit ici en aveugle ; les zones atteintes sont mal connues, on les recherche au hasard le plus souvent et le bénéfice le plus clair qui, du reste, peut suffire, c'est que l'on obtient la décompression du cerveau, par l'écoulement du liquide céphalo-rachidien en plus ou moins grande quantité.

Un des plus beaux cas de chirurgie cranienne appliquée à l'épilepsie localisée et devenue clasique, est l'observation de Chambionnière ; de même l'observation de Keen, qui, après le trepan, appliqua la faradisation de la zone découverte et guérit son malade !...

Que dire de la ligature des vertébrales, de l'ablation de parcelles de substance corticale, sinon qu'elle caractérise un besoin impérieux de l'époque de vouloire quand même tenter l'impossible. Aussi bien tout chirurgien soucieux de sa renommée redeviendra médecin en présence de désordres nerveux dont nous parlons, et c'est ainsi seulement qu'il trouvera une thérapeutique atténuante pour cette affction, la seule qu'il soit permis d'espérer.

Dans un prochain article nous passerons en revue les tumeurs de de la mœlle épinière et celles qui se développent sur le système nerveux périphérique.

(La tribune médicale).

QUATRIÈME RÉPLIQUE,

à la communication « de l'hystérie » faite par M. le Dr Logothétis dans la séance du 3 moi 1895.

Messieurs,

Notre honorable confrère, M. le Dr Logothétis, nous a vivement intéressés par la communication qu'il nous a faite sur l'hystérie.

Aux nombreus es et savantes discussions auxquelles cette communication a donné lieu, il seratt téméraire de ma part d'en ajouter une autre.

Il est évident que cetfe étude sur l'hystérie a coûté beaucoup de peine à notre honorable confrère ; ainsi a-t-il droit à nos plus chaudes félicitations.

C'est donc, Messieurs, a titre de simples remarques que je me permettrai d'exprimer ici les idées que son travail a suggérées à mon esprit.

M. le Dr Logothétis, voulant reproduire les idées émises anciennement par Louyer-Villermay, Landouzy, Romberg et Hoffmann, etc., et une foule d'autres médecins ; se basant sur ses études et sur ses observations personnelles, veut admettre : qu'à côté de l'hystérie de Charcot, maladie psychique héréditaire par excellence, il existait une autre hystérie avec le même cachet, dit-il, provoquée de toutes pièces par des lésions des organes génitaux sans intervention d'aucune tare nerveuse ou héréditaire, et dont la guérison suffirait pour faire disparaître l'hystérie. Il termine en concluant que l'hystérie n'est pas une et indivisible telle que Charcot l'avait énoncé.

Pasons en revue les points sur lesquels notre honorable confrère appuie sa thèse.

Régimbant contre l'autorité de son maître, M. le Dr Logothétis se refuse à admettre les idées de l'immortel Charcot et de son Ecole qui, dit-il, aurait rayé d'un trait de plume, toutes les théories de l'antiquité sur l'origine génitale de l'hystérie.

Est-il d'abord réel que Charcot ait émis une théorie toute nouvelle ?

La théorie nerveuse sur l'histérie ne date-t-elle pas de bien longtemps avant lui ?

Si l'on s'en rapporte aux recherches anciennes, on s'aperçoit qu'au moyen âge l'hystérie était tellement fréquente qu'on pouvait dire qu'elle courait les rues ; et on attribuait à la magie, à l'astrologie, à la colère divine, à l'intervention du démon, aux exercisme et aux paroles magiques, la cause occasionnelle de l'hystérie. Je cite en passant les danseurs de St-Jean (au 14me siècle) tous hystériques hommes et femmes, le tarantisme de l'Italie, les convulsionnaires de St-Médard (au 18me siècle),

Vers la même époque, Charles Lepois, Willis, Sydenham battent en brèche la théorie utérine des anciens. et insistent particulièrement sur ce point que la matrice ne jouait aucun rôle dans l'hystérie, et que le siège réel de la maladie était dans l'encéphale.

Comme on le voit, Charcot n'a fait que développer leurs idées, et avant de se prononcer sur la théorie purement nerveuse de l'hystérie, avant d'admettre son caractère psychique et mental, il a dû, ce me semble, se livrer à plus d'un examen gynécologique ; et sa théorie adoptée partout, en France comme en Allemagne, fut renforcée surtout dans ces derniers temps par les travaux de Janet, de Mœbuis et de Strümpell.

A l'appui de sa thèse, M. Logothétis, après avoir rapporté les discussions intéressantes de la Société gyneologique de Londre sur la théorie génitale de l'hystérie, après avoir mentionné de théorie confuse et paradoxale de Barnes sur l'origine ovarienne de toute hystérie, arrive enfin à nous citer quelques observations personnelles :

Dans la 1re, il s'agit d'une malade atteinte de dyspnée, d'orthopnée, de sommeil troublé, et d'un amaigrissement survenus à la suite d'une endométrite purulente ; phénomènes réflexes dont la guérison serait obtenue d'un façon maraculeuse dès le 10e jour par une intervention gynécologique.

La seconde malade, âgée de 37 ans, a eu, à la suite d'une fièvre puerpérale : une anorexie avec affaiblissement extrême, de l'aphagie, de l'oligomenorrhée et des douleurs utérines ; il a constaté également une déviation forte de la matrice avec une métrite chronique. La guérison a été obtenue par le massage utérin et par des injections iodées.

Sa 3me malade atteinte : après une influenza, d'une toux sèche et persistante, qui réapparut pendant la grossesse et disparut ensuite. Cette toux sèche sans lésion aucune. Guérison survenue par un pessaire.

Je ne contesterai certainement pas les résultats obtenus dans les observations de notre honorable confrère ; mais. en toute conscience, on se demanderait si les 3 cas ci-dessus mentionnés sont réellement des cas

d'une hystérie réelle? Ne sommes-noue pas là plutôt en présence des phénomènes nerveux réflexes, que tout gynecologue rencontre dans toute affection utérine? Et il est également impossible d'admettre que ce soit là des cas de l'hystérie mono-symptomatique.

Comment donc se manifeste l'hystérie génitale de M. Logothétis.

Cette hystérie spéciale qu'il faudrait, d'après lui, ranger à côté de l'hystérie de Charcot comme ayant le même cachet (le dualisme), se présenterait chez des individus indemnes de tout tare nerveuse héréditaire ou personnelle, mais affectés de lésions des organes génitaux; et la guérison de ces lésions déterminerait la disparition complète de l'hystérie.

Que l'hystérie ait avec l'appareil génital des relations assez étroites, nul ne pourrait le contester, pas même Charcot comme vous le savez très bien. Tout le monde sait combien les états nervemx hystériformes sont fréquents lorsque surviennent des modifications normales ou pathologiques dans les organes génitaux de la femme; il en est de même de l'hystérie de la ménopause, et des troubles névropathiques qui se manifestent si souvent chez la femme à l'âge critique. Mais cette relation intime de l'hystérie avec les organes génitaux, doit être entendue dans un sens tout différent de celui qu'admettaient nos ancêtres et de celui que M. le Dr Lohothétis voudrait admettre.

Une affection des organes génitaux peut en effet provoquer certains phénomènes nerveux réflexes, mais qui ne sont nullement hystériques.

Elle ne peut amener l'hystérie que si elle trouve un terrain spécial. En d'autres termes: *ne devient pas hystérique qui veut, il faut le pouvoir*, et c'est l'hérédité qui prépare le terrain, qui prédispose à l'affection.

La cause génitale n'agit que sur un sol favorable et tout disposé à l'avance; c'est la goutte d'eau qui fait déborder le vase; on peut comprendre par là que cette cause génitale ne suffit pas à elle seule pour provoquer l'hystérie chez tous ceux qui subissent leur action; sans cela, les maladies génitales étant si communes chez la femme, l'hystérie devait être très fréquente. Cependant il n'en est rien: Sur plus de 1000 observations de malades atteintes des affections des organes génitaux, recueillies par mon honorable confrère et ami le Dr Eskénazi, c'est à peine si nous avons pu constater ensemble 10 à 12 0/0 d'hystériques.

Les agents provocateurs de l'hystérie sont multiples; mais quelle que soit la cause provocatrice, l'hystérie est toujours identique à elle-même, et par cela même elle est une et indivisible.

Si j'admets pour un instant, comme le soutient notre honorable confrère M. le Dr Logothétis, que malgré l'absence totale de toute tare héréditaire l'hystérie puisse être provoquée par la seule présence d'une lésion génitale, je maintiendrai, et en ceci il n'y a pas de doute, que ce sont les souffrances prolonguées, les émotions, les chagrins et l'état moral qui interviennent surtout pour déterminer ce dynamisme cérébral propre à l'hystérie. Toutefois, cette hystérie une fois développée, prend son indivi-

dualité propre et, se dégageant de ses rapports étiologiques, acquiert une parfaite franchise en même temps symptomatique que nosologique. Mais ce n'est point là une raison pour faire une classe à part de l'hystérie; c'est toujours l'hystérie telle que nous la connaissons et telle que nous devons la connaître d'après Charcot et son Ecole.

Il me reste à ajouter quelques mots au sujet de la guérison des symptômes hystériques obtenue par une intervention gynécologique et rapportée par M. le Dr Logothétis dans ses 2 dernières observations.

Qu'il y ait de cas de guérison complète et vraie de l'hystérie à la suite de l'intervention gynécologique, personne ne le conteste. Mais, dans ces cas, ce n'est pas tant l'opération qui guérit l'hystérie, c'est plutôt le shock traumatique opératoire, l'émotion, l'attente de l'intervention gynécologique ou chirurgicale, le désir de guérir à l'aide d'une tentative désespérée : la suggestion opératoire en un mot, si je puis m'exprimer de la sorte.

Notre honorable confrère, ne sait-il pas qu'une émotion, qu'un shock, qu'une contrariété, qu'un rien peut suffire à amener la disparition de certaines manifestations hystériques ? Ce qui revient à dire qu'à maladie mentale, il faut un traitement mental.

De plus, si dans quelques cas, la guérison radicale a été le résultat de l'intervention, dans la majorité des autres, nous ne croyons pas que l'on ait obtenu véritablement la disparition complète et absolue de la névrose. En effet, quelques phénomènes nerveux, les crises convulsives peuvent disparaître ; mais doit-on affirmer pour cela qu'on ait guéri l'hystérie ? Disparition de certains phénomènes nerveux et de la névrose hystérique sont deux choses bien différentes.

Mais ce qui pourrait très efficacement combattre la théorie édifiée par mon respectable confrère, ce seront les observations personnelles que je vais rapporter ici.

J'ai donné mes soins à une femme turque âgée de 25 ans, mariée depuis 8 ans et mère d'un enfant.

Atteinte d'une astasie à base hystérique, elle était sujette à des attaques de l'hystéria major, qui revenaient 2 fois par jour ; attaques caractérisées par le 4 périodes classiques : période épileptoïde, période tonique, période clonique, période des attitudes passionnelles et délirante.

Elle présentait de plus une hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle gauche complète avec ovarie, des vomissements incoërcibles avec hématémèses parfois.

Mon honorable confrère, le Dr Bessim Omer bey, a constaté une rétroversion énorme de la matrice avec une endométrite chronique. Un traitement gynécologique préconisé par le Dr Bessim bey n'a pas été accepté, pas même l'application d'un pessaire.

J'ai été forcé de traiter la malade par tous les moyens connus, préconisés contre l'hystérie, à savoir : par l'hypnotisme, par la suggestion à

l'état de veille et post-hypnotique, par l'hydrothérapie tempérée d'abord et froide ensuite, par les bains statiques électriques, par le nombreux antispasmodiques ; et j'ai pu constater que l'état de la malade s'améliorait sensiblement. Son hémianesthésie gauche avait disparu également par la métallothérapie externe avec applications des pièces d'argent et par la métallothérapie interne par l'administration du nitrate d'argent à l'intérieur (la malade étant très sensible pour ce métal). Quand même elle eût continué à souffrir toujours de ses douleurs utérines et de la dysménorrhée, et bien que nous n'eussions touché aux organes génitaux, cette femme a été presque débarrassée de son hystérie.

Voici encore l'observation d'une jeune fille, âgée de 24 ans, à antécédents nerveux héréditaires bien marqués, et sujette fréquemment à des attaques hystériques. On constatait facilement des plaques d'anesthésie le long du côté gauche, le signe de Chairou, le rétrécissement du champ visuel. A la suite de la suppression brusque des menstrues, elle eut une congestion utéro-ovarienne caractérisée sous la forme d'une pseudo·péritonique hystérique. Quelque temps après, je la soigne pour un sein hystérique : ayant été frappée par la vue d'un cancer à la mamelle chez une de ses voisines, elle se trouva elle-même atteinte d'un cancer imaginaire : d'un sein hystérique en un mot. Comme lésion utérine, on constatait une rétroversion de la matrice avec une endométrite chronique ; on lui avait proposé de se soumettre à une traitement radical, ce qu'elle n'avait pas accepté.

Sans intervention gynécologique aucune, rien que par le traitement méthodique et surtout mentale de la névrose, cette femme a pu être débarrassée de tous ces phénomènes nerveux hystériques.

IIIe observation. Malade atteinte d'nn vertige hystérique très accentué, d'une insomnie rebelle. Sujette à des syncopes et à de petites attaques hystériques, elle présentait quelques stigmates de la névrose. Troubles utérins prononcés, suite d'une métrite chronique. Guérie également sans aucun traitement gynécologique.

En dernier lieu, je citerai le cas d'une dame atteint de crises hystériques syncopales et de quelques stigmates ; elle souffrait également d'un vaginisme et de troubles utérins dépendant d'une endométrite chronique gonorrhéique avec lésion scléreuse des ovaires.

La disparition du vaginisme, par la dilatation du vagin et le curetage amena un soulagement du côté des troubles utérins ; mais les phénomènes nerveux hystériques s'aggravèrent, les crises devinrent plus fréquentes et la nervosité de la malade augmenta également.

En soignant méthodiquement son état nerveux par l'isolement, par l'hydrothérapie, par les antispasmodiques et surtout par la suggestion, j'ai pu réussir à faire cesser les phénomènes nerveux qu'elle présentait, trois mois après la guérison de son affection utérine.

Là où intervention gynécologique n'a rien pu, un traitement nerveux et méthodique a parfaitement réussi.

Je conclus donc, Messieurs :

1o Il n'y a lieu en aucune façon de créer une nouvelle forme d'hystérie dite génitale ;

2o Quelle que soit la cause provocatrice de la névrose. l'hystérie est toujours identique à elle-même, une et indivisible ;

3o Une affection des organes génitaux ne peut créer à elle seule l'hystérie sans l'intervention des causes morales et psychiques ;

4o Qu'en admettant que l'hystérie ait été provoquée de toute pièce par une affection génitale chez une personne indemne de toute tare héréditaire, elle doit plutôt son origine au dinamisme cérébral créé par les souffrances et l'état moral dépendant de la lésion génitale ; c'est donc toujours l'hystérie classique : l'hystérie mentale, l'hystérique psychique.

En terminant, je remercie sincèrement mes respectables confrères de la bienveillance qu'ils ont bien voulu me montrer en m'écoutant ; j'aurais été d'autant plus sensible à cette bienvillance si elle était accompagnée d'un peu d'indulgence pour celui que vous venez récemment d'admettre au sein de votre honorable et savante Société.

Dr Peppo Acchioté.



VILLE DE CONSTANTINOPLE

Décès enregistrés dans l'Administration Sanitaire

pendant le mois de décembre 1895 (v. s.)

	HOMMES	FEMMES	TOTAUX	OBSERVATIONS
Musulmans......	354	369	723	La mortalité du mois de Décembre 1894 a été de 1213 (dont 153 de variole), soit une différence de 10 décès en plus pour le même mois de l'année courante.
Chrétiens........	225	192	417	
Israélites.........	43	40	83	
Total....	622	601	1223	dont 8 de variole.

Pendant le mois de Janvier 1896 (v. s.)

	HOMMES	FEMMES	TOTAUX	OBSERVATIONS
Musulmans......	440	482	922	La mortalité du mois de Janvier 1895 a été de 1278 (dont 134 de variole), soit une différence de 281 décès en plus pour le même mois de l'année courante.
Chrétiens.........	284	270	554	
Israélites.........	38	45	83	
Tota..l..	762	797	1559	dont 6 de variole.

BULLETIN DE CHOLÉRA

Vilayet de Bitlis

District de Seert, le 3/15 janvier. . . . . 7 cas 2 décès
» » » 4/16 » . . . . 0 » 1 »
» » » 5/17 » . . . . 3 » 3 »
» » » 6/18 » . . . . 0 » 1 »
» » » 7/19 » . . . . 1 » 0 »
Caza de Pazran, village Chehdran, en 20 jours. . . 12 » 1 »
» » » » du 1/13 au 2/14 janvier. 3 » 2 »
» » » Horchine, en 24 jours. . . 30 » 28 »
» » » » du 1/13 au 2/14 janvier. 4 » 2 »
Tribu de Pendjinar, en 18 jours. . . . . 11 » 9 »
» » du 29/10 au 2/14 janvier . 0 » 0 »
Seert du 8/20 au 9/21 » . . 1 » 0 »
» » 9/21 » 15/27 » . . 0 » 0 »
Village de Norchine » 2/14 » 3/15 » . . 2 » 1 »
» » » 3/15 » 6/18 » . . 3 » 2 »
» » » 6/18 » 15/27 » . . 0 » 0 »
» de Chehdéran » 3/15 » 7/19 » . . 2 » 3 »
» » » 7/19 » 15/27 » . . 0 » 0 »
Tribu de Pendjinar » 2/14 » 15/27 » . . 0 » 0 »

Total général . . . 150 cas 99 décès



ويشينك تضيق اولنمش اعلاجى ويشيده كائن (سورس دوله‌تا) منبعى صولرينك املاحندن استحصال اولنديغندن منافعى جمله‌جه مسلم بولنان منابع مزبوره صولرينه مشابه اولمق اوزره غايت آز برمصرفله صناعى معدن صويى حاصل ايدرلر .

ارغوتين بون ژان

ERGOTINE DE BONJEAN

پارسك اجزاجيلر شركتنك التون مداليه‌سنه نائل اولمشدر

اطباى مشهوره‌نك تأميناتنجه ارغوتين انحلالى قانى طورديرمق ايچون طبابتده استعمال اولنان معالجات مماثله‌نك الك قيمتلوسيدر .

١٠ غرام ارغوتين ١٠٠ غرام صو ايچنده .

ارغوتين بون ژان حبلرى وضع حملى تسهيل وهر نوع سيلان دم ايچون استعمال اولنديغى كبى (قان توكورمك وقان آقق وسائره) امتثالاً رحم واسفوربوت ودملى اسهال و مزمن حالده اسهال والحاصلى ورم وتورمك اوكنى المق ايچون دخى قوللانيلور .

قاپسول كوبه‌به دلپش

CAPSULES CUBÈBE DELPECH à l'Extrait H. A. Ethéré.

Spécifique ancien mais reconnu supérieur à tout autre. Détail: 23. r. du Bac, Paris Gros: LABELONYE et C^ie.

اسكى وفقط جميع مماثللرندن فائق اولديغى تحقق ايدن مستحضرات اسجاريه‌دن پراكنده صورتيله محل فروختى پارسده باق سوقاغنده نومرو ٢٣ طوپدن محل فروختى لابه‌لونى وشركتى مغازه‌سنده .

قولرا جدولی

بتلس ولایتی

سعرد قضاسی فی ٤/١٥ کانون ثانی	٧	مصاب	٢	وفیات
کذ « ٣/١٦ »	٠	»	١	»
کذا « ٥/١٧ »	٣	»	٣	»
کذا « ٦/١٨ »	٠	»	١	»
کذا « ٧/١٩ »	١	»	٠	»
قزران قضاسی ، شهدران قصبه‌سی یکرمی کون ظرفنده	١٢	»	١	»
کذا کذا ١/١٣دن ٢/١٥ ه قدر	٣	»	٢	»
کذا نورشین قصبه‌سی یکرمی درت کون ظرفنده	٣٠	»	٢٨	»
کذا « ١/١٣ دن ٢/١٤ ه قدر	٤	»	٢	»
پچینار ناحیه‌سی اون سکز کون ظرفنده	١١	»	٩	»
کذا ٢٩/١٠ دن ٢/١٤ ه قدر	٠	»	٠	»
سعرد قضاسی ٨/٢٠ دن ٩/٢١ ه قدر	١	»	٠	»
کذا ٩/٢١ دن ١٥/٢٧ ه قدر	٠	»	٠	»
نورشین قصبه‌سی ٢/١٤ دن ٣/١٥ ه قدر	٢	»	١	»
کذا ٧/١٩ دن ١٥/٢٧ ه قدر	٠	»	٠	»
پچینار ناحیه‌سی ٢/١٤ دن ١٥/٢٧ ه قدر	٠	»	٠	»
یکون	٧٩	»	٥٥	»

١٨٩٥ سنه‌سی كانون اولنه توافق ايدن بر ماه ظرفنده دائرهٔ امور صحيه طرفندن ضبط دفتر ايديلن وفياتی مبين جدولدر

	اركك	قادين	يكون	ملاحظات
اسلام	٤٤٠	٤٨٢	٩٢٢	١٨٩٤ سنه‌سی شهر كانون اول عدد وفياتی ١٣١٣ اولوب (١٥٣ عددی جدريدن) بو تقديرده سنهٔ حاضره كانون اولنده ١٠ وفيات فضله واقع اولمشدر . بونلرك ٨ عددی جدريدن
عيسوی	٢٢٥	١٩٢	٤١٧	
موسوی	٤٣	٤٠	٨٣	
يكون	٦٢٢	٦١	١٢٢٣	

استانبول كانون ثانی ١٤,٢ سنه ١٨٩٦

١٨٩٠ سنهٔ افرنجيه‌سی شهر كانون ثانيسی ظرفنده دائرهٔ امور صحيه طرفندن درسعادتده‌كی وفياتی متضمن ترتيب اولنان جدولدر

	اركك	قادين	يكون	ملاحظات
اسلام	٤٤٠	٤٨٢	٩٢٢	١٨٨٥ سنه‌سی كانون ثانيسنده وفياتك مجموعی ١٣٤ عددی جدريدن اولمق اوزره ١٢٧٨ عدد اولوب بو حسابجه سنهٔ جاريه‌نك كانون ثانيسنده ٢٨١ عدد فضله وفيات ظهور ايتمشدر .
عيسوی	٢٢٤	٢٧٠	٥٥٤	
موسوی	٣٨	٤٥	٨٣	
يكون	٧٦٢	٧٩٧	١٥٥٩	

ارائه ایتمکده اولدیغی حالده هیچ بر تداویٔ موضعی اجرا ایدلمکسزین تشفیه ایدلمشدر .

الحاصل صوکتجی اولەرق بحران اختناق رحمیٔ غشیٔ و بعض استیغماتلر ابراز ایدن برقادتی ذکر ایدەجکم که مزبوره تشبیخ مهبل وحرقت البول نتیجەسی اولان التهاب داخل رحم مزمندن متولد تغیرات رحمیه وآفت تصلبیٔ میضین دخی ابراز ایتمکده ایدی .

تشبیخ مهبل توسیع مهبل واسطەسیله مندفع اولوب قازیمه عملیاتی تغیرات رحمیەیی تخفیف ایتدیلرسەده علائم عصبیهٔ اختناق رحمیه کسب وخامت ایدوب بحرانلر ونوبتلر دها صیقشدیلر وخستەنك حال عصبیسیدخی تزاید ایتدی .

اصول مخصوصنه توفیقاً مزبورەنك حال عصبیسی تجرید وتداویٔ بالمأ وباخصوص تلقین ایله تداوی ایدیلەرك ابراز ایتدیکی علائم عصبیەیی آفت رحمیەسنك تشفیەسندن اوچ ماه صکره کچورمکه موفق اولدم م .

بالتجربه تداویٔ موضعی ورحمینك موفق اولەمدیغی خصوصاتده اصولنه تطبیقاً اجرا ایتدیکم تداویٔ عصبی ایله فوق‌العاده احراز موفقیت اولنمشدر .

بونلردن استنتاج اولنیور که :

١— تناسلی تعبیریله اختناق رحم ایچون یکی برشکل ایجادینه محل یوقدر .

٢— حالت عصبیەنك اسباب موجبەسی نه اولورسه اولسون اختناق رحم دائما مشابه و بر وغیر قابل انقسامدر .

٣— اعضاء تناسلیەنك بر راحتسزلغی یالکز باشنه اولەرق ودیکر اسباب روحیه وعقلیەنك تأثیری اولمدیغی حالده اختناق رحمی تولید ایدەمز .

٤— عوارض عصبیهٔ ارثیەدن وارسته برشحصده اختناق رحمك تماماً آفت تناسلیەدن نشئت ایتدیکنی قبول ایدەجك اولورسه بیله مرض مزبور آفت رحمیەنك حاصل ایتدیکی اوجاعك دماغه تأثیرندن نشئت ایتمش اولدیغی محققدرکه هر حالده اختناق رحم‌ا عقلی و روحیدر .

پەپو آقشیوته

ودور صرعوی ، دور مقوی ، دور اختلاجی ، دور اوضاع نفسانیه وهذیانیه‌دن عبارت اولان ازمان مصنفهٔ اربعه‌یی عرض ایتمکده ایدیلر .

بوندن ماعدا اوجاع میبضیه ایله برلکده نصف بطلات حس ایسر حسیٔ محسس تام وقیئات و بعضاً قیئات دمویه ابراز ایدردی .

رفیق محترم عزتلو بسیم عمر بك اشبو قادینده التهاب داخل رحم مزمن ایله برلکده انحناء رحم خلفیٔ عظیم مشاهده ایتمش ایسه‌ده مومی‌الیه طرفندن ترتیب اولنان مداوات لازمه اجرا ایدلمامش ایدی .

بومناسبتله بنده‌کز اختناق رحمه قارشو معلوم ومستعمل اولان وسائطك کافه‌سنی یعنی اصل تنویم وحال یقظه‌ده و بعد التیونم تلقین وتداویٔ بالماء معتدل بعده‌بارد والکتریق بانیولری و مضاد تشبخات استعمال ایدیله‌رك خسته‌نك حالنك یواش یواش کسب هلاح ایتدیکنی مشاهده ایتدم . نصف بطلات حس ایسری دخی کموش پاره‌لر وضعندن عبارت اولان تداویٔ بالمعدن خارجی وخسته‌نك فضه‌یه حساس اولمسی جهتله آزوتیت فضه محلوللری اعطاسندن عبارت اولان تداوی بالمعدن داخلی واسطه‌سیله مندفع اولمشدر. فقط خسته اختناق رحمندن تماماً خلاص اولدیسه‌ده اوجاع رحمیه‌سیله عسرت طمس باقی قالمش وفی‌الحقیقه طرفدن رحم جهتنه هیچ ایلیشلمامشدر .

ارثی اوله‌رق اعراض عصبیهٔ شدیده ابراز ایدوب صبقجه صیقجه اختناق رحم نوباتنه مبتلا اولان ٢٤ یاشنده دیکر بر کنج قیزده دخی طرف ایسر طولنجه الواح بطلات حسیه وتضیق مسافهٔ بصریه بالسهوله اثبات اولنوب حیضنك انقطاع آنیسنی متعاقب التهاب پریطون اختناق رحمیٔ کاذب صورتنده نمایان اولان براحتقان رحمیٔ میضی‌یه مبتلا اولور . برمدت صکره دخی تعلقاتنك بریسی سرطان ندی‌یه مبتلا اولدیغی جهتله کندیسی دخی ممه‌سنده سرطان موجودیتنی تخیل ایدرك الحاصل بر سرطان ثدیٔ تخیلی یعنی اختناق رحمی‌یه مبتلا اولدیغی حالده طرفمدن تداوی اولنور. رحم جهتنده التهاب داخل رحم مزمن وانحناء رحم خلفی مشاهده اولنوب تکلیف اولنان برتداویٔ مؤثر اصلا قبول اولنمامشدر .

هیچ برمداخلهٔ جراحی وتداویٔ موضعی اجرا اولنمقسزین اشبو قادین محضا برتداویٔ روحیٔ عصبی سایه‌سنده اعادهٔ عافیت ایتدی .

اوچنجی مشاهده . غایت شدتلی بردوار اختناق رحمی‌یه مبتلا برقادین آره صره غشیٔ واختناق رحمك نوبات صغیره‌سنه دوچار اولمقده و حال عصبینك بتون استیغماتلرینی ابراز ایتمکده والتهاب رحم مزمن نتیجه‌سی اختلالات رحمیهٔ شدیده

رفيق محترممز لوغوته‌تيسك ادعاسى وجهله كافهٔ عوارض عصبيهٔ ارثيه‌نك مفقوديتيله برابر اختناق رحمك يالكز بر آفت اعضاء تناسليه‌دن منبعث اوله‌بيلديكنى بردقيقه‌جك اولسون بنده‌كز قبول ايده‌جك بيله اولسه‌م اختناق رحمه مخصوص اولان فعاليت دماغيه‌يى توليد ايتمكچون آلام واكدار مداومه‌نك وهيجان شديد وحالات معنويه‌نك دخلنى ينه تصديق ايتمش بولنه‌جغم طبيعيدر .

كرچه اختناق رحم بركره تأسس و تشكل ايتدكدن صكره اوصاف وعلائم مخصوصهٔ ذاتيه‌سنى بالاكتساب مناسبات توليديه‌سنى ترك ايدرك اعراض واوصاف ذاتيه‌سنى ابراز ايدرسه‌ده ينه اوداٸما شارقو وتلاميذى طرفندن تعريف وتوصيف اولنان اختناق رحمدن بشقه برشى دكلدر . شمدى لوغوته‌تيس افنديك ايكى صوك مشاهده‌سنده ذكر اولنديغى وجهله اختناق رحمك مداخلهٔ جراحيهٔ تناسلى وسطه‌سيله تشفيهٔ اعراضنه موفق اولنديغى مسئله‌سى حقنده بر ايكى سوز سويلمك استرم .

اعضاء تناسل اوزرينه اجرا قلنان توسط جراحيى متعاقب اختناق رحمك تشفيه ايدلديكنى كمسه انكار ايتمزسه‌ده بومثللو خصوصاتده خسته‌لغى تشفيه ايدن بالذات عمليات اوليوب آنجق ترضيض عملدن منبعث تأثيرات عصبيهٔ منعكسه وهيجان وتواسط جراحيهٔ تناسليه اولان انتظار شديد وقطع اميد ايديلن حالدن بر توسطك معاونتيله شفا بولمق ارزوسى والحاصل عملياتك تلقيناتندن ماعدا برشى دكلدر ديه‌بيلورم .

عجبا رفيق محترمم جزؤى بر هيجان برتأثر عصبىٔ منعكس بر جان صيقنديسى الحاصلى غايت اهميتسز برسبب بعض علائم اختناق رحميه‌نك غيوبتنه سبب اوله‌بيله‌جكنى بيلمزلرمى ؟ ديمك اوليوركه بر مرض روحى تداوىٔ روحى ايله تشفيه ايديله‌بيلور .

بوندن ماعدا اكر بعض خصوصاتده‌كى شفاى قطعى مداخله وترسط جراحينك نتيجه‌سى واقع اولش اولديسه بيله ديكرلرينك اكثريسنده حالت عصبيه‌نك اندفاع حقيقيسنه موفق اولنه‌مامشدر ظن ايدرز . فى الواقع بحران احتلاجى مثللو بعض علائم عصبيه كسب اندفاع ايده‌بيلورلرسه‌ده اختناق رحمك تماماً تشفيه ايدلديكى اثبات اولنه‌بيلورمى ؟ بعض علائم عصبيه‌نك غيوبتيله حالت عصبيهٔ اختناق رحميه‌نك ازاله‌سى يكديكرندن فرقلى ايكى مسئله‌در .

لوغوته‌تيس افنديك تأسيس ايتديكى نظريه‌يى تماماً جرح ايده‌بيلمكچون بعض مشاهدات ذاتيه‌مك بوراده ذكرينى مناسب كوردم ،

سكز سنه‌دنبرى متأهله و يكرمى بش ياشنده و بر چوجقلى برخانمى تداوى ايتدم .
بو قادين اختناق رحم كبيره مبتلا اولوب نوبات كونده ايكى دفعه واقع اولمقده

رفيق محترم طرفندن تصديق قلنان نتايج واقعه‌يي جرح ايتميه‌جكم دركار ايسه‌ده بالاده بسط و بيان اولنان شواوچ خصوصك حقيقتاً اختناق رحم اولوب اولمديغنى استيضاحه مجبوريت حاصل اوليور بونلرى اختناق رحم كبى قبول ايتمكدن ايسه متحصصين اعضاء تناسل اناثك دائما آفات جهاز تناسليه‌ده تصادف ايتدكلرى علائم عصبيهٔ منعكسه‌يه عطف ايتمك دها مناسب اولمازمى ؟ وحقيقةً بونلرى وحيد العرض براختناق رحم كبى تلقى ايتمك بعيدجه دوشر . بوصورتده لوغوته‌تيس افنديننك تناسلى الاصل اولان اختناق رحمى نه طرزده نمايان اوليور .

مومى‌اليهه كوره شارقونك تعريف ايتديكى اختنلق رحمدن فرقى اولميان اشبو اختناق رحم خصوصى عين اوصافى حائز اولديغى حالده ارثى وشبحصى كافهٔ عوارض عصبيه‌دن وارسته لكن اعضاء تناسليه آفاتنه مبتلا اولان اشخاصده ظهور ايدر . اختناق رحمك جهاز تناسلى ايله مناسبات مخصوصه‌سى اولديغى هر كس حتى شارقو بيله قبول ايدر . اعضاء تناسليه‌سنده تبدلات طبيعيه و يامرضيه ابراز ايدن قادينلرك اختناق رحمى تشكل حالات عصبيه‌نك نه درجه كثيرالوقوع اولديغى جمله‌جه معلومدر. بونك كبى انقطاع حيض اثناسنده‌كى اختناق رحم واغتشاشات عصبيه سن بحرانه واصل اولمش قادينلرده نادر دكلدر . لكن اختناق رحمك اعضاء تناسليه ايله اولان اشبو مناسبت شديده‌سى اسلافمزك قبول ايتدكلرى طرز ايله لوغوته‌تيس افنديننك قبول ايتمك استديكى طرزك غيرى برصورتده تلقى ومطالعه ايدلمك اقتضا ايدر .

اعضاء تناسليه‌نك بر واحتسزلغى فى‌الحقيقه بعض علائم عصبيهٔ منعكسه حاصل ايدرسه‌ده بونلر اصلا اختناق رحم حالاتى دكلدرلر .

اعضاء تناسليهٔ اناث راحتسزلقلرى بر مرزعهٔ مخصوصه‌يه تصادف ايتمدكجه اختناق رحم توليد ايتمزلر . آنجق بو بابده وراثت نظر دقته آلنمليدركه بوحال مرض مبحوثه استعداد حاصل ايتديروب الحاصل مزرعهٔ مخصوصه‌يى حاضرلار مع مافيه قادينلرده امراض اعضاء تناسليه اندر اولمديغى حالده بونلرك كافه‌سننك اختناق رحمه مبتلا بولنملرى ايجاب ايدركن مجم ورفيق محترم دوقتور اسكنازى افندى طرفندن جمع ايديلن ١٠٠٠ عددى متجاوز افات جهاز تناسليه‌يه مبتلا خستكانك مشاهداتنده آنجق يوزده ١٠ الى ١٢ نسبتنده اختناق رحم خصوصاتنه تصادف ايده‌بيلديكمزدن بودخى تأييد ايدركه وراثت وسائر اسباب موجبه موجود اولمدقجه اعضاء تناسليه راحتسزلقلرى يالكز باشنه اختناق رحم توليدينه باعث اوله‌مزلر . اختناق رحمك اسباب موجبه‌سى متعدد اولوب آنلر هر نه اولورسه اولسونلر اختناق رحم دائما بكديكرينه مشابه اولديغندن بر وغير قابل انقسام اوله‌رق قبول ايدلمليدر .

اول امرده شارقونك يكي برنظريه تأسيس ايتدكي صحيحميدر ؟ .

اختناق رحم حقندهكي نظريهٔ عصبيه پك چوق وقتدنبري موجود دكليدر ؟ .

تحريات عتيقهيه مراجعت ايديلهجك اولورسه قرون وسطاده اختناق رحم اول درجه چوق اوموميني اكلاشيلوركه عادتا آديم باشنه تصادف اولنوردي وسببي سحربازلغه ومنجملكه وغضب الهييه ومداخلهٔ شيطانيهيه وكلمات سحارانهيه اسناد ايديلوردي .

عين زمانده (شارل لهپوا) (ويلليسي) (سيدنهام) قدمانك نظريهٔ رحميهسني جرح ايدوب رحمك اختناق رحم خصوصنده اصلا دخلي اولمديني و مرض مزبورك مقر حقيقسنك دماغنده بولنديغنه دائر اصرار ايدرلر .

بيان اولنديني وجهله شارقو قدماي مزبورهنك افكاريني توسيعدن بشقه برشي ياپميوب اختناق رحم حقندهكي نظريهٔ عصبيهيي تلفظ ايتمزدن ومرض مزبورك صفت روحيه وعقليهسني قبول ايتمزدن اقدم ظن ايدرسهم دفعاتله معاينهٔ آلت تناسليهيه مراجعت ايتمشيدي وشارقونك نظريهسي فرانسه والمانياده قبول اولندقدن ماعدا شوصوك زمانلرك (ژانهت) (مهبيوس) (اشترومپل) مثللو مؤلفلرك تحريات فنيهلريله تقويه ايدلمشدر .

لوغوتهتيس افندي بحثني تأييد ايچون لوندره جمعيت اعضاء تناسليهٔ اناثنك اختناق رحم حندهكي نظريهٔ تناسليهسني و بتون اختناق رحملرك ميضي الاصل اولديغنه دائر اولان نظريهٔ عجيبه ومغلقهسني ذكر ايتدكدن صكره بعض مشاهدات ذاتيهسني ذكر ايديور .

بونلرك برنجيسنده التهاب رحم متقيمي متعاقب عسرت وانتصاب تنفس ونوم غير منتظم وضعفيتدن حصوله كلن برقاديندن بحث اولنوب اعضاء تناسليه اوزرينه اجرا قلنان مداخلهٔ جراحينك اونجي كوني تعداد اولنان علائم واعراض منعكسهنك تماماً شفا بولدقلري ذكر اولنيور .

ايكنجي خسته ۳۷ ياشنده اولوب حماء نفاسي يي متعاقب ضعفيت عميقه ايله برلكده عدم اشتها عدم طمس وعسرت طمس واوجاع رحميهيه مالك اولديغندن لوغوتهتيس افندي كذلك التهاب رحم مزمن ايله مترافق انحراف عظيم مشاهده ايتمش ودلك رحمي واپيودلي شرينغهلرله شفاي تام حاصل اولمشدر .

اوچنجي خستهسي انفلواتزايي متعاقب سعال يابس ومداوم ابراز ايدوب بونلر حمل اثناسنده تكرار ظهور و ينه غيبوبت ايتمشلردركه بلا آفت ماديه واقع اولان اشبو سعال يابس آلام عصبيهٔ وركيه وانحراف رحميه ايله مترافق ايدوكندن برعدد پهسسهر استعماليله شفاي تام حاصل اولمشدر .

شرايين فقريه‌نك ربطى و قشر دماغنك برقسمنك استيصالى مثللو محاله قارشـو حركت ايتمكدن عبـارت اولان الجاآت زمانيه‌يه نه ديملى ؟ . تكرار ايدرزكه محافظهٔ صيت و شهرته خواهشـكر اولان بر جراح بو مثللو اعراض عصبيه حقنده دعوت اولنديغى زمان طبابت نقطهٔ نظرندن حركت ايدوب يالكز مداوات داخليهٔ لازمه‌نك حسن ايفاسنه حصر دقت ايتمليدر .

(تريبون مه‌ديقال)

﴿ جمعيت طبيهٔ شاهانه‌نك ٣ مايس ١٨٩٥ اجتماعنده دوقتور لوغوته‌تيس طرفندن ﴾

اختناق رحم حقنده دوميان اولنان مطالعاته دردنجى مدافعه

افنديلر !

رفيقمز دوقتور لوغوته‌تيس اختناق‌رحمه دائر درميان ايتديكى مطالعاتيله جمله‌مزى فوق‌العاده مستفيد ايتمشدر .

مطالعات مزبوره‌نك باعث اولديغى مباحثات عديده ونافعه‌يه علاوةً بنده‌كز دخى بيان افكار ايتمكى مناسب كوردم .

رفيقمزك بوبابده‌كى مطالعاتى كنديسنى زياده اشـغال ايتمش بولنديغندن شـايان تبريكات مخصوصه‌در .

آنجق مومى اليهك اثرينك ذهنمه تلقين ايتديكى افكارى ملاحظـات بسـيطه طرزنده عرض و بيانه مبادرت ايلرم .

دوقتور لوغوته‌تيس مقدما (لويه‌ويلله‌رمه‌ى) (لاندوزى) (رومبه‌رغ) (هوفمان) وسـائره طرفندن تأسـيس اولنان افكارى تكرار ايتمك اسـتيه‌رك و آنلرك مطالعات ومشـاهدات ذاتيه‌لرينه اسـتناد ايدرك شـارقونك تعريف ايتديكى حد ذاتنده ارثى وروحى برمرضدن عبارت اولان اختناق رحمدن ماعدا عين علائم ابراز ايدن وهيچ برسبب عصبى وارثى‌يه منوط اوليه‌رق بسبتون اعضاء تناسليه آفاتندن تولد ايدن ديكر براختناق رحمك موجوديتنى قبول ايتمك اسـتيه‌رك بونك افات رحميه ايله برابر قابل شفا اولديغنى وشارقونك افاده‌سى خلافنه اختناق رحمك بر وغير قابل انقسام اولمديغنى ادعا ايديور .

تعيين حركت ايتمليدر . خراج اكثريا عميق وتحت السمحاقى وداخل قحفيدر . اكر فورغ ورەكليونك بيان ايتدكلرى مثللو ام الصلبه غير متحرك اولەرق تصادف اولنورسه وضربان حس اولنمزسه خراجك همان اوموقعك تحتنده بولنمسى احتمالى غالب اولوب مع مافيه غرنفيلد و برغمان وفەريه و هورسلەى و روزر براون و ماق‌ئەوەن وموررى مثللو جراحلرك رأيلريده بو مركزدەدر . اولزمان پراواز ايكنەسى ادخال اولنەرق بلا خوف مختلف مواقعده كزديرلدكده مايع مجتمعك افراغى ممكن اولمغله اولزمان شق ايدلوب مجمع قيحى‌ده زنفكنه ايديلور و نفيحك انقطاعنه دكين تفجير ايديلور . التهاب دماغده (چرنى) نام جراح تصادف ايتديكى اونبر خستەدن يالكز برعددينى بدايتده شق ايدوب خسته شفاياب اولمشدر . عين جراح ديكر بش خستەيەده تثقيب قحف استقصائى اجرا ايدرك حسن نتيجه حاصل اولمديغندن ينه محل وطبيعت آفتك تماماً تعيين ايدلمسى لزومى تظاهر ايدر .

برنبدەده صرعەنك تداوئ جرا-يسندن بحث ايدەلم . اول امرده شوراسى معلوم اولمليدركه صرعه حقنده شمدى‌يه قدر اجرا قلنان تجربه وعملياتلر نتايج مطلوبەيى اعطا ايتمامشلر زيرا مرض مزبورى توليد ايدن جنت وداء الكئول وخصوصات ارثيه و بنيهٔ عصبيه مثللو اسباب عديده ايله اعراضك هيئت مجموعەسى اصلا جاى تطبيق اولميوب اسباب مزبورەيه قارشو حركت اولنمق ايجاب ايدر .

معلومات تاريخيه قيلمندن (دودوغال) ك استاتستيقنى قيد ايتمكه مجبورزكه آنده عمليات نقطهٔ نظرندن حسن نتيجه ايله خاتمەلندكلرى مأمول اولان ٢٩٥ تثقيب منشارئ قحفدن ١٧٩ شفاء تام بيان اولنيورسه مذكور خستەلر مقدار كافى برزمان تحت مشاهدەده قالمامشلردر . هيجان شديد وامراض جلديه ورثيهٔ عمومیەيى و بر لچوك عملياتى وانقطاع حيض متعاقب صرعەنك طول مدت دوچار تحولات اولديغى و ياخود نوباتنك تناقص و بلكەده بسبتون غيب اولديغى كل يوم مشهود كردهٔ اطبادر .

صرعهٔ جرحى‌يه كلنجه قبهٔ جمجمەنك برمنطقەسى رفع وخذف اولنمغله شفاى تام استحصالى مأمول ايسەده بوراده دخى مثقب منشارينك على العميا تأثير ايدوب مؤوف اولان منطقەلر نا معلوم ايدوكندن اكثريا آنلر تصادفاً ارانيلور واك واضح ومؤثر نتيجه آز چوق مقدارده مايع دماغئ شوكينك سيلانيله دماغدن برمقدار تضيقك خذفدن عبارت قالور . صرعهٔ محدودەيه قابل تطبيق جراحى مخفينك الك رعنا خصوصاتندن بريسى شامپى يونيەرك مشاهدەسى اولوب (كەن) نام جراحك مشاهدەسنده دخى بعد التثقيب منطقهٔ مكشوفه الكتريقلنەرك خستەنك شفاياب اولديغى ذكر اولنيور .

وتشريحخانه تجربه‌لرينك تأييد ايتدكلرى عدم قطعيت همان دائما حكم سورمكده‌در . مطالعه ايتدبكمز خصوصات عمليه‌نك كافه‌سى دخى اورام دماغيه‌ده نه درجه تأنى ايله حركت اولنمق لازمكلديكنى اثبات ايدوب بوحالده اصول استنكاف قاعده وضع اولنه‌رق آنجق اغشيۀ دماغيه‌نك اوراميله قشر دماغك اورام سلمۀ محدوده‌سى وياخود برتدبۀ كيسويه تثقيب منشارئ قحف عملياتى استلزام ايده‌بيلورلرسه‌ده حال تشخيص خصوصنده فوق‌العاده دقت اولنمق ايجاب ايدر .

قبۀ جمجمه‌ده تحصل ايدن اورام دمويه و اورام هوائيه مثللولرينى دخى خاطره اولمق اوزره ذكر ايدرك انلرك لايقيله برتضييق واسطه‌سيله مندفع اوله‌بيله‌جكلرينى بيان ايتمك كفايت ايدر .

اولدقجه طوپالجه اولان بو مقاله‌يه ختام ويرمكچون هر جراحك بحق بيلمسى الزم اولان طرجات دماغيه‌دن دخى برينده بحث ايتمكى مناسب كوردك .

برطاقم جراحلر طرفندن عظم صدغينك قطعۀ صخرويه‌سنك مجامع قبحيه‌يى ستر ايتديكى ادعا اولنورسه‌ده دائما بوحال واقع اولميوب قبۀ جمجمه اورام مرضيه‌سيله جفرتين انفيتينك وجوب وجهيه‌نك آفات متقيمه‌سنك مجاورنى بالسرايه انتشار ايدرك درون دماغده مجامع قيميه حاصلى ايرلركه مجامع مزبوره باجمع ابتدائى ابله قشرك وياخود اندن بسبتون آيرى بولنور اذنك برآفت مزمنه‌سى غير قابل تحمل برطاقم اوجاع حاصل ايدرسه‌ده وجع الك زياده منطقۀ مريضه‌ده تقرر ايدر وحما ايله مترافق مبذول وياخود متعفن ترلر وعروآت وصورت دائمه‌ده طلاء لسانى مشاهده اولنورسه اولزمان خسته‌ده برمحل متقيمك موجوديتى كسب قطعيت ايدر . بوحالده قولاق لايقيله معاينه اولنوب غشاء طبل مثقوب ايسه ايلين بوريكه محلوللريله شرينغه‌لر اجرا ايدلملى و ياخود دها ايوسى حامض بور طوزيله قولاق طولديرلميدر . اكر غشاء طبل محد بلشمش ايسه خذع غشاء طبل و ياخود حجيرات حلميه‌نك فتحندن صكره نتؤ حلمينك تفجرى اجرا قلنور . لكن بونلرك كافه‌سى حال عمومينك تفحيمنه غير كافى اولديغى صورتده تثقيب منشارئ قحف عملياتى اجرا ايدلمك لازم كلورسه‌ده ينه تشخيصك اصابتى الزمدر والتهاب سحايا بكلنيله‌جك اولورسه وقت كچمش اولور . بونوع خراجات ايچون معتاد اولان ناحيه‌ده اجراى عمليات اولنوب اولا صماخ بولينك آلتى سانتيمترو فوقنده ماق‌ئه‌وه‌ن مقراصيله برفتحۀ ابتدائى اجرا ايديلوب ايجاب ايدرسه الك اسفل جهته برفتحۀ منعكسه اجرا ايديلور . جراح اكثريا تغيرات محليه ونواسير وتجردات عظيمه وعدم تكلم وسائره مثللو تغيرات دماغيه‌يى درپيش ايدرك

آفات درنيهٔ دماغيه‌نك تعيين موقعى حقنده‌كى قرق بش مشاهده اوزرينه (ويت) بردفعه بيله بر ورم درنئ منفرده تصادف ايده‌مامش و برغمان خصوصات مزبوره‌يى تأييد ايتمشدر .

بوندن استنباط اولنان نتيجهٔ عمليه مؤثر اولميان اصول مزبورك التزام اولنمامسى ايسه‌ده مع مافيه هورسله‌ى صرعوى وابهام وسبابهٔ ايسرنده علامت عرضيه ايله برلكده معص احتلاجيه مبتلا و يكرمى ياشنده‌كى بر اسكى ذات الجنبلى خسته‌ده مركز ابهامه قريب بر محلده مقر اولان و نسج دماغى‌يه زياده‌سيله متحد اولان بر ورمى استيصال ايدرك حسن نتيجه استحصال ايتمشدركه بونك بالمعاينه محفظه درونده بركتلهٔ جبنيه‌دن عبارت اولديغى تظاهر ايتمشدر .

ماق‌ئه‌وه‌نك فى اغستوس ١٨٨٨ سنه‌سى برتيانيا جمعيتى قونغره‌سنه افاده ايتديكى خصوص ايله (قناپ) و (بردفورد) ك بوستون جريدهٔ طبيه وجراحيه‌سى برنجى جلدنده بيان ايتدكلرى خصوصلر بوكا شبيهدرلر . التهاب سماياء درنيه‌ده اغشيهٔ سمائيه‌يى هوا ايله تماسده بولندرمق جهتى نيچون التزام اولنميور ؟ بوبابده يالكز براكليل مثقب منشارينك وضعى كفايت ايدوب التهاب پريطون درنيلرده استحصال اولنان نتايج حسنه‌يه بورادده واصل اولنه‌بيله‌جكى طبيعيدر . بوخصوص تجربه اولنملى وعمليات هيچ بروجهله خسته‌لغك كسب وخامت ايتمسنه بادى اولميوب غمد دماغيلرك شقى ومايع دماغئ شوكينك سيلانيله دماغ اوزرنده‌كى تضيقك بر قسم مهمى رفع اولنمش اولور .

طبابتى عاجز براقان عتيق ضمع افرنجيلر جراحئ قحفيه‌يه تعلق ايدوب بالاستيصال شفاياب اولورلركه (فورغ) (رومه) (ويليامس) و (كه‌للوغ بارتون) (ماق‌ئه‌ون) (هورسله‌ى) (برغمان) (آلله‌ن‌شعار) مثللو جراحلرك تصادف ايتدكلرى خصوصات بونلرى تأييد ايدر .

مثقب منشارينك حاصل ايتديكى نتايج حسنه‌يه قارشو مع التأسف بتون مؤلفين مضغة حاجره انتخاب ارلنه‌جق نقطه‌نك غير معين اولمسنه بناً تثقيب منشارى‌يى قبول ايتميوب مداخلهٔ عمليه‌دن اقدم بالحساب تعيين قلنان برنقطه اوزرينه تماس تفكر اولنه‌رق اجرا ايديلن فيسيولوجيا تجربه‌لرينى ارائه ايدرك مثقت منشارينك على‌العميا تأثير ادعا ايدرلر .

مثقب منشارى ايچون يالكز برطريق حقيق موجود اولوب اوده اطرافنده بتون مراكز دماغيه‌نك تجمع ايتديكى خط رولاندودر . اشبو ناحيه خارجنده عملياتخانه

ضياع خاطره ودوار وعدم انتظـام حركات اعراضنى ابراز ايدر و بر طرفده حجوز حجاجه مالك مشاهده ايتديكمز برخستهده اعراض مزبورهيه باعث اولان ورمك تعيين موقعنده دوچار مشكلات اولمديغمزى تخطر ايديورزكه فى‌الحقيقه فتحميت اجراسنده سويقانك قربنده وقطعات دماغيهٔ مجاوره‌يى تضيق ايتمكده بر ورم عفلئ كبيرك نشوونما بولديغنى مشاهده ايتمش ايسه‌كده مشاهداتك كافه‌سنده تشخيص بووجهله كسب قطعيت ايده‌مز. اجراى عملياتى محال ظن اولنان بويله برخصوصده (دورانت) زياده‌جه برفداكارلق اتخاذيله تشخيص اولنـان ورمى قلع واخراج ايتمش و بووجهله استحصال حسـن نتيجه ايده‌بيلمشدر. لكن تكرار اندرركه اقسـام قحفيه اوزرينه تطبيق مصيب اولان تشبثات و اجراآت جراحيه آنجق فلجلرك ترقيسنى منع و يا بونلرى خذف ايتمك وتشويشات محركه‌يه غلبه ايتمك اميدينه مبنى اولديغى حالده تجويز اولنه‌بيلور.

مواقع ومراكز حسيه‌يه تماس اولندقده دها آز حسن تأثير كوريلور زيرا بوبابده يالكز تشويشات حسيه برصورت مهمه‌ده اعطاى مأذونيت ايده‌بيلور ره‌كلو ايله فورغ طرفندن روايت اولنان برخصوصده قيأت ودوار وصداع والتهاب عصب بصرى ايله مترافق حذر مشاهده اولنديغندن فص‌قفويده بروروم تشخيص اولنمغله بيردسال و واير طرفندن اجراى عمليات اولنوب فى‌الحقيقه تشـخيصى تصديق اولنورسـه‌ده وقوعى ملحوظ اولان نزف الدمدن خسته وفات ايتدى.

صداع معند واورنماء اجفان ومعدوديت بصر خصوصاتنده قوشر ايله سالى مثقب منشـارى استعمال ايدرك ايكى محلندن شـق ايديلن ام صلبه‌نك خلفنده هيچ برشئ بولمدقلرى حالده خسـته‌نك قوهٔ باصره‌سى قسماً عودت وكسب صلاح ايتمشدر. طوغريسى بو يولده برحركت قواعد جراحيه‌يه منافى اولديغندن ديكر بركمسه طرفندن تطبيق اولنمامش و بومناسبتله اليوم پك چوق خصوصاتده اورام دماغيه حقنده دوچار مشكلات اولمقده بولنمشدر.

دماغچه‌نك اورام خبيثه‌سنده مسـئله دها وخيم اولوب لازم الاجرا ظن اولنان مداخلات جراحيه عن قريب موت ايله خاتمه‌پذير اولمشـلردر. بونلرك اكثريسى داء الافرنج تشـكيل ايدوب حوف قحفى فتح ايتمزدن اقدم خسـتكانك ايودور ايله اشماع ايدلسى وملح مزبورك يوميه اون اونبش يكرمى غرام ودها زياده مقادير كليه‌ده عدم تحمل حصولنه دكين اعطـاسنى صورت قطعيه‌ده اجبار ايدركه اورام مخيخيه‌نك تنقيص حجميچون يكانه واسطهٔ تأثير بوندن عبارتدر.

اقتدار تكلمي‌يي كشف ايتديردى و بعده تشريح ذيروحى و تشريح مرضى برچوق مواقع و مراكز روحيه ومحركه‌يي تعيين ايتدردكرى مثللو اليوم برچوق آفات عصبيه‌نك تغيرات مرئيه‌سنه توافق ايدن مواقع دماغيه معلومدر. ١٨٦١ سنه‌سندنبريدركه بروقانك بوبابده‌كى تجربيات مرغوبه‌سى ثمره‌سيله اقتدار تكلمينك مركزى خصوصاً اوچنجى تعريج جبهى ايسرك وسط ويا ثلثنده اولديغى تعيين ايتمشدر .

حركات اختياريه مواقعنك منشانيدنجى فريچ ايله هيچيغك تجاربى اولمشدوكه نصف كرهٔ دماغيلرك اقسام قداميه‌سنى اشغال ايدن قشر دماغينك تهييج الكتر يقيسيله ايقاع حركاته باعث اولنديغى نظر اعتباره آلنمش وهيچيغ طرفندن برميمون اوزرنده مراكز محركه‌نك تلم رولاندوني تحديد ايدن ايكى تعريج صاعدك جوارنده بولنديغى مشاهده اولنمشدر . معلوم اولديغى اوزره اشبو تجارب مهمه بتون مراكز محركه‌نك بتمامها تعينلرينه مدار اولان مطالعات قطعيه‌يه منشأ اولمشلرسه‌ده ژاقسون وشارقونك وتلاميذلرينك وترك و ولپيان و ويسيه‌ر و ويرنك و ريمون وقارويل ودوره وفريچ وهيچيغ ورينو ولوقاس شامپيونيه‌ر و بوردون مثللو ذواتك تجربياتنك ابقاى شرفنه خدمت و ازمنهٔ عتيقه‌دنبرو زروهٔ انسانيده حكمفرما اولان ظلمتى برطرز مشعشعده تنوير ايدرك كسب شهرت ايدن شو مسئلهٔ مهمه‌يه دائر برغزته مقاله‌سنده دها زياده تفصيلاته كيرشمكى زائد كوريرز .

اشبو استطراد بزى بر مقدار موضوع بحثمز اولان مطالعه‌دن تبعيد ايتديسه‌ده ينه اورايه عودت ايدهلم .

تغيرات حسيه ومحركهٔ مختلفه ابراز ايدن و بر عضونده بطائت و ياخود بدننك برقسمنده تام مفلوجيت ابراز ايدوب حواس باصره وسامعه وذائقه‌سى وتكلمى محو اولان و ياخودكه التهاب داخل قحف والتهاب سماياى مزمنه‌نك بتون اعراضنى ابراز ايدن برخسته‌يي معاينه ايتديكمز زمان تغيرات مزبوره‌يي نه‌يه عطف ايتمليز ؟ وتغيرات مزبوره‌نك موجوديتى ويا دوامندن بر ورم داخل دماغيمى استخراج ايتمليز؟ بويله اولديغى تقديرده آنك طبيعتى وحجمى و مناسبات صحيحه‌سنى دخل تعيين ايتملى ؟ اشته يكنظرده تصادف اولنه‌جق مشكلات بوندن عبارت اولوب كرچه مواقع ومراكز دماغيه‌يه دائر معلومات قطعيه‌يه مالك ايسه‌كده بوطرزده‌كى برتشخيص دائما مشكلات عظيمه ايله محاط وتماماً مسئله‌نك تعيين حقيقى اعراض مطلقه وقطعيه‌نك موجوديتنه محتاج اولديغندنده غره‌ساقك ١٨٩٠ سنه‌سنده‌كى اثرى بوخصوصده ممكن مرتبه نتايج مفيده‌يي حاويدر .

مكشوفه‌دن على الاكثر وقوعه كلان انزفه‌نك ترموقوتر وقاتكوتلرله تسديد توقيفى مشكل وملاقطاك اوراره تطبيقى غير ممكن اولديغندن احتياطات واهتمامات فوق‌العاده اختيار اولنملى وكذلك ام الصلبه دخى نشر اولنمليدر . فى‌الحقيقه بوسسون بوبابده جمع وتوحيد ايتديكى طقوز عدد مشاهداتك حسن صورتله خاتمه پذير اولديغنى بيان ايتمكده ايسه‌ده بونلر جاى تشويق اوله‌بيلورلرمى ؟ .

لانژينك قبه‌نك بورم عقليسى مناسبتيله ام الصلبه‌نك اون سانتيمترو و بعينده برقسمنى رفع ايتمش وكوستر برعمليات اثناسنده جيب غربالئ علوى‌يى زده‌لديكندن آلن آنى ربط وبركوچك چذغى استيصال ايتمش وبرغمان دخى ام‌الرقيقه وقشر دماغك برمقدارينى رفع ايدرك شريان سحائينك شعباتنى ربط وجيب طوئينك برقسم كيرينى استيصاله مجبور اولمشدر . اشته جمله مجلات مضفه‌نك تعلماتى بوندن عبارت اولوب خصوصات مزبوره استثنأت وخيمه‌دن معدود طوتلملى ونواحئ مزبوره‌ده عمليات ايدن جراح ورمى تماميله استيصال ايتديكنه دائر معلوماتى اولمقسزين غيرمأمول بر نزف الدم وغشئ وهبوط قوا مثللو عوارض آنيده خسته‌يى ديار عدمه ايصال ايده‌بيله‌جكنى فراموش ايتاملى و بعضاً جراحين متبحرينك بيله عملياتى اتمام ايتمكسزين على‌العجله جرحه‌لرى قپادقلرينى تخطر ايتمليدر . اكرچه عمليات اولقدر مهم دكل وعوارض وخيمه ايله مترافق ايسه شريحهٔ جلديه‌لرى محللرينه تكرار وضع ايتدكدن صكره تخييط وتفجير اجرا ايديلور . اكر لحافات خراب اولمشلرسه جريحه اوزرينه تيمارايديلور و آرزار تندبيه ظهور ايدنجه تندبك تسريع اكالى ضمننده اورايه شريحات جلديه (عزفلرى — آشى) اجرا ايديلور . اشته مرئى اولان وموقعلرى سهولتله تشخيص اولنان اورام قحفيه حقنده اكثريا اجرا ايديله‌جك تدابير جراحيه بوندن عبارت اولوب لكن حيات مريضى تهديد ايده‌جك عوارض وخيمه‌يه سبب اولديغى فرض اولنان بر ورم داخل قحفينك تعيين موقعى ايچون اليوم مراكز دماغيه‌نك سورت قطعه‌ده تشخيصلرينه دائر ترقيات كافيه موجود اولديغى حالده بيله ينه فوق‌العاده قيد احتياطه رعايت اولنمليدر. بومناسبتله دماغك تشريح طبيعى ومرضيسنك اك معتنا واك يكى بحثى اولان مراكز دماغيه‌يه عائد برمقدار بحث آچمغى موافق‌كوردك.

اول امرده شوراسنى تخطر ايتديره‌لمكه غال سيستمى مبحث القحف اوزرينه مؤسس اوله‌رق مراكز ومواقع دماغيه حقنده برتشبث تخليلدن ماعدا برشئ دكليدى، بروقا هركسدن اول تشريح انسانى وتشريح تطبيقنك تعاريج اساسيه‌ده اعضاء منفرقه‌نك موجوديتنى اثبات ايتديكنى بيان ايتدى . تشريح مرضى ايسه سريرياته معاونت ايدرك

وبره‌بیلورمکه بنده‌کز اکثر مشترمك خسته‌لغنی تشخیصه موفق اولدم . بنده‌کزه ادرارلرینی تحلیل ایتدیرن سرطانلی خسته‌لرك مقدار بوله‌سی خصوصاً سؤ القنیه حالنه واصل اولمشلرسه تناقص ایتمشیدی .

(ابستاین) ك بیان ایتدیکی مثللو طروق بولیه آفات سرطانیه‌سنك تشخیصیچون یوزده ٤٨ دفعه تبول دم اطبانك نظر دقتنی جلب ایده‌بیلور . کرچه بوعلامتك اولقدر قیمتی یوقسه‌ده سرطان طروق مزبوره‌ده مستقر اولنجه غایت مهم برعرض تشکیل ایدر . اکر سرطان بدنك سائرمحللرنده ایسه اولزمان مواد آزوتیه‌نك تناقصیله ایضاح ماده اولنه‌بیلور لکن اعراض مزبوره‌نك کافه‌سیده هنوز دلائل قطعیه تشکیل ایتمزلر زیراکه بلا حما سیر ایدن امراضده دخی علائم مزبوره مشاهده اولنه‌بیلور . بونکچون قطعی بر تشخیص وضع اولنمقچون بر چوق اعراضه بردن مالك اولنمق اقتضا ایدر .

اشته بنده‌کزه کوره بومسئلهٔ مهمه تو وجهله خاتمه پذیر اولمق اقتضا ایدر .

پیه‌ر آبه‌ری

﴿ مداوات جراحئ قحفئ دماغیدن مابعد ﴾

لؤی خاطرات انجمن جراحیده ضایعات مادیه‌یی قاله آلمقسزین دیکر جراحلر وعلی‌الخصوص انکلیزلرله آلمانلر مثللو کندینه برواسع یول آچمق جهتنی التزام ایدیور، چرنی نام جراح عظم جبهی‌یی آلتی سانتیمترو طول و سکز سانتیمترو عرضنده اولمق اوزره نشر ایتمش و بولی عظم مزبورك نصفنی رفع وقبهٔ حجاجك برقسمنی امحا ایتمشدر . لانژبنك قبه‌نك یومروق حجمنده بر ورم عفلیسی مناسبتیله عین وجهله حرکت ایدرك سکز سانتیمترولق برثقبه اعمال ایتمشدر .

ماق‌ئه‌وه‌ن وفون برغمان و کوستر و کوسنبوئر دخی بووجهله ودها سربستانه حرکت ایتمشلرسه‌ده بوبابده دها آز مسرفانه اجرای عملیات ایدیلوب یالکز سکین استعمال ایدلمك و یاضود قطعات وعائیه ایچون ملاقط قاطعه و یا ضیق برسکین حاد قوللانلمق وایجابنده تمزقات ابتدائیه مثقب منشاری ایله توسیع قلنمق ممکن اولور .

اکرچه اکثریا ایجاب ایتدیکی مثللو جوف قحفه دخول مطلوب ایسه نقاط

جریدهٔ امور الصحیه

عسکریه و ملکیهٔ دولت علیهٔ عثمانیه

تهآژه‌ن اکستوریدس وسرپوسیان افندیلره جوابك مابعدی

لکن تحلیلاتك طرز اجراسی علیهنده سرپوسیان افندی طرفندن درمیان اولنان افکار سقیمه‌یه قارشو شدیداً اعتراض مجبوریتنده‌یم . ۲۴ ساعت ظرفنده افراغ اولنان ادرارك مقدارینـــه برکمیاکر آکاه اولمدیغی حالده نصل بوله‌نك تزاید مقدارینی تعیین وتقدیر ایده‌بیلور دیه سرپوسیان افندی بزدن استفســار ماده ایدیور زیرا انك رأینه کوره کمیاکره ادرارك کافه‌سی کوندرلمیور ومریضك نوع علتنده معلومات ویرلمیور .

فی‌الحقیقه علی‌الاکثر کمیاکر افراغ اولنان ادرارك انجق برقسمنه دسترس اولور لکن بو بابده قباحت کیمه‌در ؟ بو بابده تعلیمات مقتضیه‌نك ایفاسی طبیبه تعلق ایتمزمی ؟ الحاصل برطبیب تبدلات وتحولات غدائیه‌یی بیلمك و (بوله وحامض فوسفور وقلور وسائره) مثللو عناصر طبیعیه‌نك نسبتنی تعیین ایتمك ارزو ایدرسه کمیاکره ۲۴ ساعتلك ادرارك مجموعنی کوندرمکه مجبوردر و بنده‌کزه مراجعت ایدن اطبـا دخی دائمـا بو قاعده‌یه رعایت ایدرلر انجق ادرارك یالکز تحلیل توصیفیسی مطلوب ایسه بوکا حاجت یوقدر وطبیب یالکز برمقدار ادرار کوندررسه خطا ایتمامش اولور وهیچ برمحذورده یوقدر . موضوع بحثمز اولان مسئله‌یه کانجه : برکمیاکر سرطانك موجودیتنی نصل بیله‌بیلور بوبابده بنده‌کز کندیمه عائد خصوص حقنده سرپوسـیان افندی‌یه جواب

نومرو ۱۱۸ طقوزنجی سنه



۱ كانون ثانی ۱۳۱۱

جریدهٔ امراض الصحه

عسكریه و ملكیهٔ دولت علیهٔ عثمانیه

هئیت تحریریه

دوقتور دولتلو ماوروپانی، سعادتلو ماقریدی و سوپان پاشالر حضراتیله دوقتور عزتلو ناظم شرف الدین بك دوقتور پاردو ، و پیر آپه‌ری افندیلر

مدیر
دوقتور سرپوسیان



كاتب
دوقتور مارقوسیان

غزته اداره‌خانه‌سی

جمعیت طبیهٔ شاهانه‌نك بولندیغی محلده: درسعادتده بك‌اوغلنده سقا سوقاغنده آصمه‌لی چقمه‌ده

اعلانات و آبونه خصوصاتی ایچون ناشر جریده «آ. خریستیدیس»ه مراجعت اولنمالیدر غلطه‌ده وویووده جاده‌سنده نومرو ۱۹

آبونه شرائطی

بر سنه‌لكی استانبول ایچون ۳۰ و ولایات ایچون ۳۶ غروشدر ممالك اجنبیه ایچون ۸ فرانقدر

—(آ. خریستیدی مطبعه‌سی)—

درسعادتده غلطه‌ده وویووده جاده‌سنده نومرو ۱۹

— ۱۸۹۵ —

9me ANNÉE. — No 119. 1/13 FÉVRIER 1896.



GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

DE L'EMPIRE OTTOMAN.

BUREAUX DU JOURNAL :

AU LOCAL DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE, ASMALI TCHIKMA, SAKA SOKAK, PÉRA

CONSTANTINOPLE.

POUR LES ANNONCES ET ABONNEMENTS

S'adresser à l'Éditeur A. CHRISTIDIS

19, Rue Voïvoda, Galata, Constantinople.

PRIX DE L'ABONNEMENT PAR AN

Constantinople : 30 Ptres. — Provinces : 36 Ptres. — Étranger : 8 Francs.

CONSTANTINOPLE,

Imprimerie A. CHRISTIDIS, 19, Rue Voïvoda, Galata.

1895.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9me ANNÉE N° 119 1/13 FÉVRIER 1896.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES
DE L'EMPIRE OTTOMAN.

RÉPLIQUES A LA COMMUNICATION
« DE L'HYSTÉRIE. »

Faite par M. le Dr LOGOTHÉTIS, dans la séance du 3 Mai 1895.

Cinquième réplique.

Messieurs,

Mon honorable confrère et ami, M. le Dr Logothétis, nous a communiqué, dans une de nos séances précédentes, un long travail très intéressant et très remarquable sur l'hystérie.

Cette communication a donné lieu à une longue discussion : la question a été mise à l'ordre du jour de notre Société, et plusieurs de nos collègues ont pris la parole. Ils ont anlaysé à plusieurs points de vue le travail du Dr Logothétis. Quant à moi, inscrit le dernier, je ne viserai, dans ces quelques mots, que la conclusion du Dr Logothétis.

Notre honorable collègue nous trace l'histoire de la névrose, il arrive à nos jours ; il est au courant de la théorie régnante aujourd'hui après les travaux de l'école de la Salpêtrière, il l'accepte même. Ensuite il nous relate quelques cas d'hystérie observés par lui, cas de vraie hystérie, avec stigmates caractéristiques, qui ont guérie à la suite d'un traitement gynécologique. Après quoi, M. ogothétis se demande si l'hystérie n'est pas une et indivisible; si, à côté de la psychose hystérie classique, il n'existe pas

une autre siégeant aux organes génitaux, puisque la guérison de la maladie génitale, amène la guérison de l'hystérie. M. Logothétis demande à ses collègues si des cas pareils n'ont pas été observés par eux, et en tout cas il attire l'attention de ses confrères sur la question, parce que, tout en connaissant les discussions et les travaux sur l'hystérie utérine, il craint que la réaction sur les anciennes idées ne soit pas trop exclusive.

Je demande à mon honorable confrère de me dire si j'ai bien saisi le sens de sa communication ; si sa conclusion est bien celle-ci, je répondrai à mon honorable confrère que tous les gynécologues ont été étonnés, comme M. Logothétis, du succès quelquefois surprenant d'une intervention gynécologique, même insignifiante, chez les femmes hystériques. M. le Dr Logothétis connaît les merveilleux succès de certaines opérations sur la *cheville cicatricielle* d'Emmet. « On doit presque dire qu'il y a une « pathologie utérine spéciale pour les hystériques, et aussi peut-être des « succès thérapeutiques particuliers ; on peut s'attendre avec elles à des « résultats inespérés pour des interventions qui resteraient sans effet chez « des femmes dont le système nerveux serait moins vulnérable ». (Pozzi Gynécol. p. 184).

Vous voyez, Messieurs, que la guérison des malades de M. Logothétis, ne présente rien de particulier. Des faits pareils non seulement sont connus, mais ils sont encore très communs. Maintenant, comment faut-il interprêter ces cas de guérison ?

Les troubles nerveux qu'on rencontre chez les malades de leur système génital sont de deux espéces : 1° des manifestations vraiment hystériques, provoquées par un trouble quelconque des organes génitaux, chez les personnes prédisposées à l'hystérie, ou aggravées chez les hystériques; 2° des manifestations neurasthéniques pseudo-hystériques, produites par les lésions du systéme génital, et par voie réflexe, chez les personnes non hystériques, et non prédisposées à l'hystérie. « Les troubles nerveux, « dit Courty à propos de la métrite chronique, revêtent toutes les formes « de l'hystérie, non qu'ils tiennent à l'hystérie véritable, qui peut coïnci- « der, quoique rarement, mais parce que chez la femme les altérations « du système nerveux, celles surtout dont l'utérus est le point de départ, « prenneni le plus souvent ce caractère ». (Pozzi, Gynécol. p. 183).

Les troubles nerveux appartenant à cette deuxième catégorie, sont des phénomènes réflexes ayant leur point de départ aux organes génitaux ; ils sont, par conséquent, guérissables, quand la maladie génitale est guérissable. Mais les manifestations vraiment hystériques sont-elles guérissables avec la guérison d'une maladie génitale co-existante ? Non, Messieurs, l'hystérie ne guérit pas, avec un traitement pareil.

« Vous savez, Messieurs, dit Dujardin-Beaumetz dans ses leçons clini-
« ques sur l'hystérie, que la guérison complète de l'hystérie est bien rare;
« à peine une de ses manifestations est-elle maîtrisée, qu'il en surgira
« d'autres, et malgré tout votre savoir et toute votre énergie, vous échoue-
« rez souvent contre ces troubles nerveux sans cesse renaissants, qu'en-
« fante l'imagination toujours inassouvie de l'hystérique. »

Mais si la maladie ne guérit pas complètement et définitivement, elle peut guérir temporairement. Ici ; c'est la suggestion qui joue le plus grand rôle avec l'imagination. Le professeur Fritsch de Breslau dans son traité de gynécologie, dit textuellement (4me édition, page 469). « Wen aber je-
« mand meint durch Aufrichten der Retroflexis oder Aetzen des Mutter-
« mundes, Hystérie geheilt zu haben, so spielt hier die Psyche, die Ein-
« bildung, die Suggestion, die Hauptrolle».—Mais si quelqu'un croit avoir guéri l'hystérie par le redressement d'une rétroflexion, ou par la cautérisation de l'orifice utérin, le principal rôle joue ici l'imagination, la suggestion. — Beaumetz s'exprime dans les termes suivants : « Au point de
« vue de son traitement, l'hystérie échappe, par sa nature même, à toute
« donnée thérapeutique positive et scientifique, et ceci résulte du rôle
« prépondérant que joue l'imagination dans cette déséquilibration des
« fonctions du système nerveux, qui fait que là où le médecin instruit,
« consciencieux, patient, dévoué aura échoué, le charlatan le plus éhonté
« réussira facilement. L'hystérie est en effet le terrain des miracles et des
« surprises ». (Dujardin-Beaumetz, volume III, page 147).

Revenons, maintenant, aux cas de M. Logothétis. Les manifestations nerveuses de ses malades étaient-elles tout simplement de nature neurasthénique par réflexes provenant du système génital ? Je ne le crois pas. M. le Dr Logothétis nous assure avoir cherché et trouvé les stigmates de l'hystérie classique. Dans ce cas, nous avons à faire avec une guérison temporaire par suggestion. Le temps prouvera que j'ai parfaitement raison. Car je crois que le Dr Logothétis voudra observer ultérieurement les malades guéris, et nous les présenter si possible.

Je conclue, Messieurs, que :

1o Les guérisons des manifestations hystériques par un traitement gynécologique quelconque sont connues et assez communes. Les cas de M. le Dr Logothétis le prouvent une fois de plus.

2o La guérison n'est que temporaire. La suggestion d'une idée fixe de guérison y joue le principal rôle.

3o Les résultats favorables d'une intervention gynécologique chez les hystériques ne doit pas nous mener à la recherche d'une autre maladie, d'une autre espèce d'hystérie, pour les expliquer. La guérison temporaire par suggestion les explique suffisamment.

4° Les cas de guérisons définitives ne se rapportent qu'aux manifestations nerveuses non hystériques, réflexes, ayant leur point de départ aux organes génitaux.

5° Dans les cas spéciaux de M. Logothétis, nous ne voyons aucun signe spécial sur lequel nous nous baserions pour revenir aux idées anciennes d'hystérie utérine.

6° Sur le terrain des surprises et des miracles, j'entends l'hystérique le traitement gynécologique d'une lésion génitale co-existante n'est pas à dédaigner, quand il est possible, si l'on réussit à inspirer confiance et à suggérer l'idée fixe de guérison, on peut provoquer des surprises thérapeutiques, comme celles du Dr Logothétis, et même des miracles.

Péra, le 14 Juin 1895.

Dr AVLONITIS.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

DU MYXŒDÈME

Par M. le Dr E. LARDY, chirurgien de l'Hôpital Français.

Le Dr Robinson vous a présenté à la dernière séance, une malade atteinte de myxœdème ou cachexie pachydermique de Charcot. Ayant eu l'occasion de m'occuper beaucoup de cette question, à propos de la cachexie thyréoprive ou myxœdème opératoire, je me permettrai de vous présenter quelques photographies « types » de cette affection, que j'ai eu l'occasion de faire à la clinique du professeur Kocher, mon maître.

Cette affection paraît n'être pas absolument rare à Constantinople ; le Dr Euthyboule m'en a fait voir l'année dernière un cas très manifeste quoique au début.

Nous avons à faire, comme vous le savez, à deux variétés de myxœdème, la variété chirurgicale et la variété idiopathique ou spontanée.

Le myxœdème, en tant qu'affection primaire, a été décrit par Gull et Ord en Angleterre où la maladie paraît plus fréquente que partout ailleurs.

La cachexie thyréoprive ou myxœdème opératoire a été signalée en 1882 par J. L. Reverdin, de Genève, mais d'une manière très incomplète. En 1883, notre maître le prof. Kocher en donnait, indépendamment du prof. Reverdin, une étude complète et en faisait une entité morbide avec contre-indication absolue à la thyroïdectomie totale.

L'affection décrite par Gull et Ord coïncidait si exactement avec le tableau établi par Kocher que, dès l'été 1883, on reconnaissait l'identité absolue de ces deux affections, l'une spontanée, l'autre en quelque sorte expérimentale, et l'on avait la preuve par la complication chirurgicale que cette pénible affection dépendait de la destruction totale de la glande thyroïde. De là a rapprocher le crétinisme du myxœdème il n'y avait qu'un pas qui fut vite franchi, et le professeur Kocher établit les rapports intimes de ces trois variétés d'une même affection, le myxœdème, la cachexie thyréoprive et le crétinisme.

Le crétinisme se produit avec ou sans goitre, et je vous présente ici la photographie *d'un crétin non goîtreux*, vous verrez combien il répond au type du myxœdémateux, sa glande est entièrement atrophiée. Cette atrophie de la glande peut être congénitale, comme le prouve la pièce anatomique du Musée de la Charité à Berlin, que le professeur Virchow a bien voulu me faire voir en 1887, un fœtus, qui, né avec des signes physiques de crétinisme, n'avait qu'un petit tractus fibreux à la place de sa glande thyroïde.

Quant au crétin goîtreux, il est crétin, ou myxœdémateux comme vous voudrez, parce que la glande thyroïde, dégénérée chez lui dans son entier, ne fonctionne plus.

Le crétinisme, c'est l'affection myxœdémateuse de l'enfance, dont le retentissement se fait sentir sur tout l'organisme qui se développe très incomplètement ; le sujet en souffre dans sa croissance et dans son intelligence. Le remarquable travail expérimental du Dr Hofmeister, assistant de la clinique chirurgicale du professeur P. Buns à Tubingue (Beitræge zur Klinischen Chirurgie, Band XI, zweites Heft) démontre d'une façon frappante la paralysie du développement chez les sujets privés jeunes de leur glande thyroïde.

Ce n'est malheureusement pas seulement chez les animaux que nous avons eu l'occasion de constater ce fait, mais malheureusement aussi chez les hommes jeunes, opérés de goîtres, avant la découverte de Kocher-Reverdin, et thyroïdectomisés entièrement. La chirurgie a produit des crétins et des myxœdémateux. Les crétins, lorsque les sujets ont été thyroïdectomisés totalement avant l'arrêt de la croissance; les myxœdémateux alors que l'opération s'est faite chez l'adulte.

Nous passons donc sans transition au myxœdème ou affection de l'adulte décrite pour la première fois par Sir William Gull en 1873 sous le nom d'*état crétinoïde chez les femmes adultes.* Puis Ord en 1877 fait connaître 7 nouveaux cas et donne à la maladie le nom de *myxœdème.* Plus tard, Charcot baptise la même affection (1880) du nom de *cachexie pachydermique.*

Jusqu'à la découverte de Kocher-Reverdin, la pathogénie de cette affection fait peu de progrès, les rares autopsies qui sont publiées n'éclaircissent pas la question, et l'on cherche comme cause de la maladie une

affection du système nerveux central ou du grand sympathique. Henrot qui a trouvé dans une autopsie une hypertrophie considérable du corps pituitaire et de la glande pinéale pense que le myxœdème est produit par cette affection. Ord, lui, fait tout reposer sur l'infiltration muqueuse des tissus. Enfin il est démontré que le myxœdème, bien que plus fréquent chez les femmes, peut aussi se produire chez l'homme.

De 1882 à 1883 les travaux de Kocher et de Reverdin viennent jeter un jour tout nouveau sur la question en décrivant sous le nom de cachexie strumiprive ou cachexie thyréoprive une affection en tous points semblable au myxœdème et que l'on rencontre chez *tous les sujets* qui ont subi la thyroïdectomie totale.

Je ne vous parlerai pas de la question de priorité pendante entre les professeurs Kocher et Reverdin à ce sujet, et me contenterai de renvoyer ceux d'entre vous que la question peut intéresser à ma brochure : *Contribution à l'étude de la cachexie thyréoprive.*

Bref, ces deux illustrations chirurgicales sont arrivées au même résultat, c'est-à-dire que l'enlèvement total de la glande thyroïde produit une affection en tous points semblable au myxœdème, et que, les malades ainsi *privés de leur glande subissent, qu'ils soient jeunes ou vieux, une dégénérescence crétinoïde.*

Le début de la maladie date de l'opération ; il peut être retardé par les conditions hygiéniques ou physiologiques plus ou moins bonnes dans lesquelles les malades se trouvent. Une bonne hygiène, une bonne nourriture atténuent les effets de l'opération, mais *tous les sujets* [1] qui ont subi la thyroïdectomie totale ne tardent pas à présenter les symptômes de l'affection qui nous occupe.

Ceux qui échappent n'ont été sauvés, et nous avons eu l'occasion de le constater à plusieurs reprises, que par le fait qu'au cours de l'opération un prolongement de la glande, cornes supérieures, processus pyriforme ou pyramide de la luette, lobules erratiques de la glande, avaient été conservés.

La marche de la maladie, avons-nous dit, peut être plus ou moins retardée, toutefois l'on peut admettre que *dès le jour de l'opération, depuis l'instant où le corps thyroïde a été extrait* **en entier**, *le sujet est myœdémateux*, qu'il a commencé sa cachexie thyréoprive.

Dans des conditions défavorables d'existence, le tableau de la maladie prend une marche très aiguë ; dans de bonnes conditions, les phases sont ralenties et la marche se rapproche du myxœdème vrai.

Toutefois, le terme fatal a toujours été plus rapproché, plus rapidement atteint, par les malades thyroïdectomisés que par les myxœdémateux.

Nous n'admettons pas qu'un seul malade thyroïdectomisé totalement

---

(1) Nous disons: *tous les sujets*, bien que cette manière de voir soit encore combattue, parce que c'est l'expression de notre expérience en la matière.

ait évité cette terrible maladie ; ceux qui ont échappé, et que l'on croyait privés entièrement de leur glande, nous le répétons, ont échappé par le fait que la glande *n'a pas été extirpée, accidentellement, en entier lors de l'opération.*

Après l'opération, à l'opposé des thyroïdectomisés partiels, les malades ne se relèvent pas, ils traînent, s'anémient, s'affaiblissent, deviennent maladroits dans leurs mouvements, gênés qu'ils sont par leurs membres épaissis par l'œdème, leur face se bouffit, devient réellement difforme, les cheveux tombent et l'intelligence s'engourdit, et ce qu'il y a de plus terrible, les malades *se sentent devenir crétins*, se sentent déchoir, et j'ai presque toujours obtenu la même réponse des malades à leur admission dans le service : *Je me sens devenir bête*, je ne puis rien faire de bon, j'oublie tout ; et cela dit avec la voix triste et traînante, la parole scandéé, si caractéristique du myxœdémateux. Je crois que j'entendrais un myxœdémateux parler derrière mon dos que je ferais encore aujourd'hui le diagnostic, et j'ai retrouvé ce signe chez les divers malades d'Ord que j'ai vus en Angleterre.

Les photographies que je vous présente, plus que toutes les descriptions du monde, vous fixeront l'image de cette maladie, inoubliable dès que l'on en a vu un seul cas. Vous voyez ces faces bouffies, hébétées, crétinoïdes, ces cheveux rares, les mains sont empâtées, calleuses, bleuâtres, en hiver surtout. Les pieds sont épaissis et cyanosés comme les mains ; toute la peau est épaissie, durcie, pachydermique, comme l'a bien dit Charcot, le regard est idiot, le thorax régulièrement plus large à la base qu'au sommet.

Toute cette image s'est souvent développée en peu de semaines chez les pauvres.

Le corps des jeunes opérés ne s'est plus développé, la croissance a été paralysée, ce sont de vrais *crétins* de corps et d'esprit.

Cette entité morbide si admirablement établie par le professeur Kocher qui, dans sa première publication en Avril 1883, n'en présentait pas moins de 18 observations, n'a tout d'abord été accueillie que par des rires et l'école de Vienne n'a pas voulu admettre la possibilité d'une pareille dégénérescence, suite de la thyroïdectomie totale.

Ce n'est guère qu'en 1887, après un voyage que Virchow fit en Suisse puis en Angleterre, où il vit les malades d'Ord, que la science allemande se rendit à l'évidence. En France, dès 1886, les idées des Réverdin avaient été acceptées et celles de Kocher en même temps.

Depuis 1887, des hordes de travailleurs se sont lancés sur cette question de la cachexie thyréoprive et toutes les espèces d'animaux. du lézard

à l'homme, ont été crétinisés sans grande gloire pour la science et sans utilité pour les malades. Les expérimentateurs constataient l'identité de l'affection humaine et animale, constataient les mêmes lésions des organes avec infiltration des tissus par l'œdème muqueux, dégénérescence fibreuse des organes, et nous avons beau nous adresser aux meilleurs chimistes pour examiner le sang à sa sortie des veines thyroïdiennes, afin de constater si la glande modifiait ce sang, les analyses restaient sans valeur, et nous en étions toujours au même point quant à la thérapeutique du myœdème et à la physiologie de la glande thyroïde.

Il restait un fait bien établi, trop exactement hélas ! pour les pauvres thyroïdectomisés, c'était l'importance fonctionnelle énorme de la glande thyroïde.

Régulation de la pression sanguine de la partie supérieure du corps, protection de la trachée, fonction hématopoiétique production d'un suc nécessaire au bon fonctionnement du corps ou destruction de sucs délétères, il était permis de tout supposer, mais rien n'était prouvé.

La seule modification constante du sang était une considérable diminution des corpuscules rouges que nous avons vu tomber à 800 et même à 600 mille par millimètre cube. Le contenu *proportionnel* d'hémoglobine des corpuscules rouges, comme d'ailleurs dans l'anémie pernicieuse, était normal. Le nombre des corpuscules blancs plutôt augmenté que diminué, les glandes lymphatiques et la rate restant non affectées ainsi que la moelle des os.

Les maladies contagieuses, y compris la phtisie, ne semblaient pas avoir plus de prise sur nos cachectiques que sur d'autres personnes ; la fonction rénale se faisait bien.

Que faire pour venir en aide à ces malheureux que nous découvrions toujours plus nombreux et dont le mal, pour la clinique de Berne a, sur 37 opérés ayant subi la thyroïdectomie totale, atteint tous les sujets que nous avons pu retrouver? Vous savez combien il est pénible à un chirurgien, surtout à un cœur excellent comme est le professeur Kocher, de voir souffrir, en quelque sorte par sa faute, toute une série d'individus. Nous n'avons épargné pour les soulager ni notre temps ni notre peine et le professeur Kocher a soutenu dans la mesure du possible ceux qui étaient misérables. Dans la clinique, surtout en hiver, nous tâchions de leur donner une place et leur état s'améliorait toujours un peu avec une bonne nourriture et une bonne hygiène. Mais sitôt sortis de l'hôpital, leur santé devenait de nouveau pitoyable au possible.

Pour terminer cette création de myxœdémateux, dès les premiers mois de 1883, la thyroïdectomie totale fut proscrite de la clinique et remplacée par la thyroïdectomie partielle, résection, énucléation, etc., etc., et depuis cette époque, nous n'avons plus produit de myxœdémateux.

(*à suivre.*)

BULLETIN DU CHOLÉRA EN EGYPTE

Suivant les communications de M. le Dr Duca,

Délégué Sanitaire Ottoman.

No. 1

Damiette,	du 25 au 28 Décembre	0 cas	0 décès
Kafr-el-Batih	» 25 » 29 »		1 »
Taraskour	» 24 » 28 »	1 »	3 »
Borachia	» 24 » 25 »		1 »
Zarka	» 24 » 28 »	2 »	1 »
Ezbet-el-borg	» 25 » 26 »		1 »
Alexandrie,	le 28 Décembre	1 »	1 »

Parmi ces décès il y en a eu 4 constatés hors ambulance.

Total général à ce jour 1102 cas 918 décès.

No. 2.

Taraskour,	du 29 Décembre 1895 au 4 Janvier 1896	0 cas	1 décès
Zarka,	» 29 » » » » »	3 »	2 »
Mansourah,	» 29 au 30 Décembre 1895	1 »	1 »
Charkieh,	» 30 Décembre 1895 au 4 Janvier 1896	1 »	3 »
Zagazig (provenant du dehors)	le 30 Décembre		2 »
Borachia,	du 1er au 2 Janvier		2 »
Abou-Chekouk	» 2 » 5 »	1 »	0 »
Alexandrie,	» 4 » 5 »	2 »	0 »

Parmi ces décès il y en a eu 7 constatés hors ambulance.

Total général à ce jour 1116 cas 929 décès.

No. 3

Taraskour	du	6 au 13 Janvier	0 cas 1 décès
Zarka	»	6 » 13 »	0 » 2 »
El-Kourdi	»	29 décembre 1895	1 » 1 »
Alexandrie	»	8 au 15 Janvier	3 » 3 »
Mansourah	le	1er »	1 » 1 »
Bossat	»	7 »	1 » 2 »
Savalem	»	9 »	2 »
Caire (hôpital)		10 »	1 » 1 »
Charkieh	le	11 »	1 » 1 »
Arine	du	12 au 14 »	7 » 2 »
Borachia	le	11 »	2 »

Parmi ces décès il y en a eu 9 constatés hors ambulance.

Total général à ce jour 1141 cas 948 décès.

No. 4

Alexandrie, du 16 au 22 Janvier, 11 cas 9 décès, dont deux cas et un décès constatés le 22 Janvier courant.

Dans les autres localités, du 14 au 22 Janvier, il n'a été observé ni cas, ni décès de choléra.

Total général à ce jour 1150 cas 956 décès.

No. 5

Arine	du	21 au 28 Janvier	0 cas 1 décès
Alexandrie	»	21 » 29 »	9 » 7 »
Zagazig	»	24 » 26 »	2 » 2 »
Sawalem	le	27 Janvier	1 » 1 »

Total général à ce jour 1161 cas 966 décès.

STATISTIQUE

de l'Asile des Alienés

DE TOPTACH

Pendant l'année 1311

1895/96.



STATISTIQUE DE L'INFIRMERIE PENDANT L'ANNÉE 1311 1895/96.

NOMS DES MALADIES	HOMMES						OBSERVATIONS	FEMMES						OBSERVATIONS
	Existants de l'Année 1310	Entrés en 1311	Sortis guéris	Sortis améliorés	Morts	Restants en 1312		Existantes de l'Année 1310	Entrées en 1311	Sorties guéries	Sorties améliorées	Mortes	Restantes en 1312	
Abcès Froid	0	0	0	0	0	0		0	1	1	0	0	0	
Adénite simple	0	2	2	0	0	0		0	1	1	0	0	0	
Anemie	1	28	28	1	0	0		0	7	7	0	0	0	
Angine Tonsillaire	0	3	2	0	0	1		0	0	0	0	0	0	
Apoplexie cérébrale	0	7	0	0	7	0		0	1	0	0	1	0	
Asthme	0	2	1	1	0	0		0	0	0	0	0	0	
Arthrite sèche	0	2	1	1	0	0		0	0	0	0	0	0	
Attaques syncopales	0	0	0	0	0	0		0	1	1	0	0	0	
Balanite pururente	0	1	1	0	0	0		0	0	0	0	0	0	
Blépharite scilliaire	0	1	1	0	0	0		0	0	0	0	0	0	
Bronchite catarrhale	0	15	15	0	0	0		0	7	7	0	0	0	
Brûlure	0	1	0	1	0	0		0	0	0	0	0	0	La morte était atteinte de carie scrofuleuse des côtes.
Carie	0	2	1	1	0	0		1	1	0	1	1	0	
Cachexie paludeinne	0	2	0	1	1	0		0	0	0	0	0	0	
Cancer intestinal	0	0	0	0	0	0		0	1	0	0	1	0	
Cirrhose atrophique de foie	0	2	0	0	2	0		0	0	0	0	0	0	
Conjonctivite catarrhale	0	4	4	0	0	0		0	1	1	0	0	0	
Courbatture	0	31	31	0	0	0		0	7	7	0	0	0	
Coxalgie	1	0	0	0	1	0		0	0	0	0	0	0	
Diarrhée catarrhale	3	46	45	0	2	2	Les 2 existants de l'année 1310 sont morts par suite de tuberculose pulmonaire.	0	9	9	0	0	0	
Diarrhée calliquative des alienés	0	5	0	1	3	1		0	2	0	0	2	0	
Dysenterie	0	23	22	0	0	1		0	7	6	0	1	0	
Dysménorrhée	0	0	0	0	0	0		0	2	2	0	0	0	
Dyspepsie	0	1	1	0	0	0		0	1	1	0	0	0	
Eczéma	0	0	0	0	0	0		0	2	2	0	0	0	
Embarras-gastrique	2	38	39	0	1	0	Existant de l'année 1310 est mort par suite d'apoplexie cérébrale.	1	31	32	0	0	0	
Engélures	0	0	0	0	0	0		0	3	3	0	0	0	
Epanchement pleuretique	0	0	0	0	0	0		0	1	1	0	0	0	
Epilepsie	1	19	0	19	0	1		0	7	0	7	0	0	
Erythème	0	0	0	0	0	0		0	2	2	0	0	0	
Favus	0	2	2	0	0	0		0	0	0	0	0	0	
Fièvre intermittente	0	4	4	0	0	0		0	0	0	0	0	0	
Fièvre typhoïde	0	3	0	0	3	0		0	0	0	0	0	0	
Fluxion dentaire	0	5	5	0	0	0		0	4	4	0	0	0	
Flux hémorrhoïdale	0	2	2	0	0	0		0	0	0	0	0	0	
Furoncles	0	0	0	0	0	0		0	6	6	0	0	0	
Gale	0	1	1	0	0	0		0	0	0	0	0	0	
Gangrène de la bouche	0	1	0	0	1	1		0	0	0	0	0	0	
Gangrène pulmonaire	0	1	0	0	1	0		0	0	0	0	0	0	
Total	8	254	208	26	22	7		2	105	93	8	6	0	

NOMS DES MALADIES	HOMMES						OBSERVATIONS	FEMMES						OBSERVATIONS
	Existants de l'année 1310	Entrés en 1311	Sortis guéris	Sortis améliorés	Morts	Restants en 1312		Existantes de l'année 1310	Entrées en 1311	Sorties guéries	Sorties améliorées	Mortes	Restantes en 1312	
Report	8	254	208	26	22	7		2	105	93	8	6	0	
Gangrène sèche des pieds	0	1	0	0	1	0		1	0	0	0	1	0	
Hémiplégie droite	0	1	0	0	1	0		0	2	0	2	0	0	
Hémoptysie	1	1	2	0	0	0		0	0	0	0	0	0	
Herpes	0	0	0	0	0	0		0	1	1	0	0	0	
Hydarthrose	0	0	0	0	0	0		0	1	1	0	0	0	
Influenza	0	35	35	0	0	0		0	11	11	0	0	0	
Laryngite tuberculeuse	0	1	0	0	1	0		0	0	0	0	0	0	
Luxation	0	0	0	0	0	0		0	1	1	0	0	0	
Manie furieuse	1	11	9	2	0	1		0	12	9	3	0	0	
Maladie d'Addison	0	0	0	0	0	0		0	1	0	1	0	0	
Maladie de Bright	0	1	1	0	0	0		0	1	0	1	0	0	
Maladie Organique du cœur	0	3	0	1	2	0		0	1	0	0	1	0	
Marasme	1	9	0	0	10	0		0	3	0	0	2	1	
Melancolie anxieuse	0	7	2	5	0	0		0	6	3	3	0	0	
Meningo-encephalite aigüe	0	1	0	0	1	0		0	0	0	0	0	0	
Nephrite aigüe	0	0	0	0	0	0		0	1	1	0	0	0	
Orchite aigüe	1	0	1	0	0	0		0	0	0	0	0	0	
Otorrhée	0	0	0	0	0	0		0	1	0	1	0	0	
Palpitation nerveuse	0	1	1	0	0	0		0	2	2	0	0	0	
Paralysie progressive des alienés	2	9	0	6	4	1		0	3	0	0	3	0	
Peritonite tuberculeuse	0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	1	0	
Phlégmon	0	2	2	0	0	0		0	2	2	0	0	0	
Plaie contuse	1	5	6	0	0	0		0	3	3	0	0	0	
Pneumonie	0	6	3	0	3	0		0	9	7	1	0	1	
Rhumatisme Articulaire	0	1	1	0	0	0		0	1	1	0	0	0	
Rhumatisme musculaire	0	2	2	0	0	0		0	1	1	0	0	0	
Scorbut	0	3	3	0	0	0		0	0	0	0	0	0	
Scrofule	0	1	0	0	0	1		0	0	0	0	0	0	
Sitiophobie	1	4	1	4	0	0		0	4	1	3	0	0	
Stomatite catarrhale	0	2	2	0	0	0		0	1	1	0	0	0	
Syphilis secondaire	0	1	0	1	0	0		0	0	0	0	0	0	
Tuberculose pulmonaire	3	7	0	2	8	0		0	6	0	1	4	1	
Typhlite	0	1	1	0	0	0		0	0	0	0	0	0	
Ulcere simple	0	1	1	0	0	0		0	1	1	0	0	0	
Total	19	371	281	47	53	10		4	180	139	24	18	3	

نومرو ٣

اسکندریه ١٦ کانون ثانی ١٨٩٦ دن ٢٢ کانون ثانی‌یه قدر ١١ مصاب ٩ وفیات واقع اولوب بونلردن ایکی مصاب و بر وفیات کانون ثانینك یکرمی ایکنجی کونی ظرفنده مشاهده اولنمشدر .

محالات سائره‌ده کانون ثانینك اون دردندن یکرمی ایکیسنه دکین قولرادن نه مصاب ونه‌ده وفیات واقع اولمامشدر .

بوکونه دکین عدد مصابین مجموعی ١١٥٠ وعدد وفیات ٩٥٦ دن عبارتدر .

نومرو ٤

عرین	٢١ کانون ثانی ١٨٩٦ دن	٢٨ ه قدر	٠ مصاب	١ وفیات	
اسکندریه	٢١ «	٢٩	٩ «	٧ «	
زاغازیغ	٢٤ «	٢٦	٢ «	٢ «	
سوالم	٢٧ کانون ثانی		١ «	١ «	

بوکونه دکین عدد مصابین مجموعی ١١٦١ وعدد وفیات ٩٦٦ دن عبارتدر .

نومرو ٥

دمیاط	کانون اول	٢٥ الی ٢٨	٠	عدد وقوعات	٠	عدد وفیات
حفر البطیخ	«	٢٥ الی ٢٩	٠		١	«
تاراسقور	«	٢٤ الی ٢٨	١	«	٣	«
بوراشیا	«	٢٤ الی ٢٥	٠		١	«
زارقا	«	٢٤ الی ٢٨	٢	«	١	«
ازیت البورغ	«	٢٤ الی ٢٦	٠		١	«
اسکندریه	کانون اول	٢٨	١	«	١	«

وفیات مزبوره میانده درت عددی باراقه‌لر خارجنده مشاهده اولنمشدر .

بوکونه دکین عدد مصابین ١١٠٢ وعدد وفیات ٩١٨ مقدارینه بالغ اولمشدر .

طرف حکومت سنیه‌دن صحیه مأمور مرخصی موسیو دوقانك اشعاراتنه نظراً مصرده‌کی قولرایی مشعر جدولدر

نومرو ١

تاراسقور	٢٩ كانون اول ١٨٩٥دن ٤ كانون ثانی ١٨٩٦	٠ وقوعات		١ وفيات	
زارقا	« «	٣	«	٢	«
منصوره	٢٩ كانون اولدن ٣٠ كانون اوله قدر	١	«	١	«
شارقيتس	٣٠ كانون اولدن ٤ كانون ثانی ١٨٩٦	١	«	٣	«
زاغازيغ	٣٠ كانون اول (خارجدن ورود ايدن)			٢	«
بوراشيا	١ كانون ثانيدن ٢ يه قدر			٢	«
ابوشكوك	٢ « ٥ قدر	١	«	٠	«
اسكندريه	٤ « ٥ قدر	٢	«	٠	«

وفيات مزبوره میاننده یدی عددی باراقه‌لر خارجنده کورلمشدر .
بوکونه دکین وفیاتك مجموعی ٩٢٩ ومصابین ١١١٦ عدددر .

نومرو ٢

تاراسقور	٦ كانون ثانيدن ١٣ كانون ثانی‌یه قدر	٠ مصاب		١ وفيات	
زارقا	٦ « ١٣ « قدر	٠	«	٢	«
القوردی	٢٩ كانون اول ١٨٩٥	١	«	١	«
اسكندريه	٨ كانون ثانيدن ١٥ كانون ثانی‌یه قدر	٣	«	٣	«
منصوره	١ كانون ثانی	١	«	١	«
بوسات	٧ «	١	«	٢	«
سوالم	٩ «			٢	«
قاهره (خسته‌خانه)	١٠ «	١	«	١	«
شارقيش	١١ «	١	«	١	«
عزين	١٢ « دن ١٤ كانون ثانی‌یه قدر	٧	«	٢	«
بوراشيا	١١ «			٢	«

وفيات مزبوره میاننده طقوز عددی باراقه‌لرك خارجنده مشاهده اولنمشدر .
بوکونه قدر عدد مصابین مجموعی ١١٤١ وعدد وفیات ٩٤٨ در .

اسامئ امراض	ذکور: سنهٔ سابقه‌دن متباقی	ذکور: ۱۳۱۱ سنه‌سنده داخل اولان	ذکور: شفایاباً خروج	ذکور: کسب افاقت ایدن	ذکور: وفیات	ذکور: ۱۳۱۲ سنه‌سنه دوراً قالان	ملاحظات	اناث: سنهٔ سابقه‌دن متباقی	اناث: ۱۳۱۱ سنه‌سنده داخل اولان	اناث: شفایاباً خروج	اناث: کسب افاقت ایدن	اناث: وفیات	اناث: ۱۳۱۲ سنه‌سنه دوراً قالان	ملاحظات
اولکی صحیفه‌نك یکونی	٨	٢٥١	٢٠٧	٢٦	٢٢	٦		٢	١٠٥	٩٣	٨	٦	٠	
غانغرن فم	٠	١	٠	٠	١	١		١	٠	٠	٠	٠	٠	
غانغرن رئه	٠	١	٠	٠	١	٠		٠	٠	٠	٠	٠	٠	
ایاقلرك غانغرن یابسی	٠	١	٠	٠	١	٠		٠	٠	٠	٠	١	٠	
فلج نصف طولانئ ایمن	٠	١	٠	٠	١	٠		٠	٢	٠	٢	٠	٠	
نزف الرئه	١	١	٢	٠	٠	٠		٠	٠	٠	٠	٠	٠	
اربس	٠	٠	٠	٠	٠	٠		٠	١	١	٠	٠	٠	
انصباب مفصل	٠	٠	٠	٠	٠	٠		٠	١	١	٠	٠	٠	
انفلوآنزا	٠	٣٥	٣٥	٠	٠	٠		٠	١١	١١	٠	٠	٠	
التهاب حنجرهٔ درنیه	٠	١	٠	٠	١	٠		٠	٠	٠	٠	٠	٠	
مفصل چیقیغی	٠	٠	٠	٠	٠	٠		٠	١	١	٠	٠	٠	
جنب واحدهٔ حدیده	١	١١	٩	٢	٠	١		٠	١٢	٩	٣	٠	٠	
مرض آددیسون	٠	٠	٠	٠	٠	٠		٠	١	٠	١	٠	٠	
مرض برایت	٠	١	١	٠	٠	٠		٠	١	٠	١	٠	٠	
مرض عضوئ قلب	٠	٣	٠	١	٢	٠		٠	١	٠	٠	١	٠	
قحول	١	٩	٠	٠	١٠	٠		٠	٣	٠	٠	٢	١	
داء المراق فرعجه	٠	٧	٢	٥	٠	٠		٠	٦	٣	٣	٠	٠	
التهاب السمحاق دماغئ حاد	٠	١	٠	٠	١	٠		٠	٠	٠	٠	٠	٠	
التهاب کلیهٔ حاده	٠	٠	٠	٠	٠	٠		٠	١	١	٠	٠	٠	
التهاب حصیهٔ حاده	١	٠	١	٠	٠	٠		٠	٠	٠	٠	٠	٠	
سیلان ادنه	٠	٠	٠	٠	٠	٠		٠	١	٠	١	٠	٠	
خفقان عصی	٠	١	١	٠	٠	٠		١	٢	٢	٠	٠	٠	
فلج مترقئ مجانین	٢	٩	٠	٦	٤	١		٠	٣	٠	٠	٣	٠	
التهاب پریطون درنی	٠	٠	٠	٠	٠	٠		٠	٠	٠	٠	١	٠	
فلغمون	٠	٢	٢	٠	٠	٠		٠	٢	٢	٠	٠	٠	
جرحهٔ رضیه	١	٥	٦	٠	٠	٠		٠	٣	٣	٠	٠	٠	
التهاب الرئه	٠	٦	٣	٠	٣	٠		٠	٩	٧	١	٠	١	
رثیهٔ مفصلیه	٠	١	١	٠	٠	٠		٠	١	١	٠	٠	٠	
رثیهٔ عضلیه	٠	٢	٢	٠	٠	٠		٠	١	١	٠	٠	٠	
داء الحفر	٠	٣	٣	٠	٠	٠		٠	٠	٠	٠	٠	٠	
داء الخنازیر	٠	١	٠	٠	٠	١		٠	٠	٠	٠	٠	٠	
خوف	١	٤	١	٤	٠	٠		٠	٤	١	٣	٠	٠	
التهاب فم زلوی	٠	٢	٢	٠	٠	٠		٠	١	١	٠	٠	٠	
داء الافرنج ثانی	٠	١	٠	١	٠	٠		٠	٠	٠	٠	٠	٠	
تدرن رئه	٣	٧	٠	٢	٨	٠		٠	٦	٠	١	٤	١	
التهاب اعور	٠	١	١	٠	٠	٠		٠	٠	٠	٠	٠	٠	
قرحهٔ بسیطه	٠	١	١	٠	٠	٠		٠	١	١	٠	٠	٠	
یکون	١٩	٣٧١	٢٨١	٤٧	٥٣	١٠		٤	١٨٠	١٣٩	٢٤	١٨	٣	

۱۳۱۱ سنه‌سی بیمارخانه خسته‌خانه‌سنك استاتستیقیدر ۹٦—۱۸۹۵ سنهٔ میلادیه‌سنه توافق ایدن

اسامیٔ امراض	ذکور: سنهٔ سابقه‌دن متباقی	ذکور: ۱۳۱۱ سنه‌سنده داخل اولان	ذکور: شفایاباً خروج	ذکور: کسب افاقت ایدن	ذکور: وفیات	ذکور: ۱۳۱۲ سنه‌سنه دوراً قالان	ملاحظات	اناث: سنهٔ سابقه‌دن متباقی	اناث: ۱۳۱۱ سنه‌سنده داخل اولان	اناث: شفایاباً خروج	اناث: کسب افاقت ایدن	اناث: وفیات	اناث: ۱۳۱۲ سنه‌سنه دوراً قالان	ملاحظات
خراج بارد	٠	٠	٠	٠	٠	٠		٠	١	١	٠	٠	٠	
ذات العقید بسیط	٠	٢	٢	٠	٠	٠		٠	١	١	٠	٠	٠	
فقر الدم	١	٢٨	٢٨	١	٠	٠		٠	٧	٧	٠	٠	٠	
خناق لوزی	٠	٣	٢	٠	٠	١		٠	٠	٠	٠	٠	٠	
سکتهٔ دماغی	٠	٧	٠	٠	٧	٠		٠	١	٠	٠	١	٠	
ضیق صدر	٠	٢	١	١	٠	٠		٠	٠	٠	٠	٠	٠	
ذات المفصل یابس	٠	٢	١	١	٠	٠		٠	٠	٠	٠	٠	٠	
حملات غشئیه	٠	٠	٠	٠	٠	٠		٠	١	١	٠	٠	٠	
التهاب غلفهٔ متقیحه	٠	١	١	٠	٠	٠		٠	٠	٠	٠	٠	٠	
التهاب جفن هدبی	٠	١	١	٠	٠	٠		٠	٠	٠	٠	٠	٠	
التهاب قصبات نزلوی	٠	١٥	١٥	٠	٠	٠		٠	٧	٧	٠	٠	٠	
حرقه	٠	١	٠	١	٠	٠		٠	٠	٠	٠	٠	٠	
رم	٠	٢	١	١	٠	٠		١	١	٠	١	١	٠	
سؤ القنیهٔ مرزغیه	٠	٢	٠	١	١	٠		٠	٠	٠	٠	٠	٠	
سرطان معالیٔ	٠	٠	٠	٠	٠	٠		٠	١	٠	٠	١	٠	
تشمع کبد خموری	٠	٢	٠	٠	٢	٠		٠	٠	٠	٠	٠	٠	
التهاب منضمهٔ نزلوی	٠	٤	٤	٠	٠	٠		٠	١	١	٠	٠	٠	
انحراف فراج	٠	٣١	٣١	٠	٠	٠		٠	٧	٧	٠	٠	٠	
الم حرقفیٔ ورکی	١	٠	٠	٠	١	٠		٠	٠	٠	٠	٠	٠	
اسهال نزلوی	٣	٤٦	٤٥	٠	٢	٢		٠	٩	٩	٠	٠	٠	
اسهال مزیب مجانین	٠	٥	٠	١	٣	١		٠	٢	٠	٠	٢	٠	
دوسانطاریا	٠	٢٣	٢٢	٠	٠	١		٠	٧	٦	٠	١	٠	
عسرت طمس	٠	٠	٠	٠	٠	٠		٠	٢	٢	٠	٠	٠	
عسرت هظم	٠	١	١	٠	٠	٠		٠	١	١	٠	٠	٠	
اکزه‌ما	٠	٠	٠	٠	٠	٠		٠	٢	٢	٠	٠	٠	
تخمهٔ معده	٢	٣٨	٤٩	٠	١	٠		١	٣١	٣٢	٧	٠	٠	
انجماد	٠	٠	٠	٠	٠	٠		٠	٣	٣	٠	٠	٠	
انصباب جنب	٠	٠	٠	٠	٠	٠		٠	١	١	٠	٠	٠	
صرعه	١	١٩	٠	١٩	٠	١		٠	٧	٠	٠	٠	٠	
حمرت	٠	٠	٠	٠	٠	٠		٠	٢	٢	٠	٠	٠	
سعفه	٠	٢	٢	٠	٠	٠		٠	٠	٠	٠	٠	٠	
حمای نائبه	٠	٤	٤	٠	٠	٠		٠	٠	٠	٠	٠	٠	
نزلهٔ سنی	٠	٣	٠	٠	٣	٠		٠	٠	٠	٠	٠	٠	
سیلان دم باسوری	٠	٥	٥	٠	٠	٠		٠	٤	٤	٠	٠	٠	
دمل	٠	٢	٢	٠	٠	٠		٠	٠	٠	٠	٠	٠	
جرب	٠	٠	٠	٠	٠	٠		٠	٦	٦	٠	٠	٠	
یکون	٨	٢٥١	٢٠٧	٢٦	٢٢	٦		٢	١٠٥	٩٣	٨	٦	٠	

طوپطاشی بیمارخانه‌سنك

۱۸۹۵—۹۶ سنهٔ میلادیه‌سنه توافق ایدن

(۱۳۱۱ سنه‌سی ظرفنده‌کی استاتستیقیدر)

١٨٨٧ سنه‌سندنبری اهل مطالعه‌نك تحریاتی سؤ القنیهٔ درقیه مسئله‌سی اوزرینه منعطف اولوب كرتنكله‌لردن انسانه وارنجیه دكین كافهٔ انواع حیوانات هیچ براستفاده فنیه‌یی منتج اولمقسزین بالتجربه قره‌تنلندیرلمشدر و بو وسیله ایله اهل تجربه انسان ایله حیوانانده‌كی آفتك مشابهتنی تصدیق ایده‌بیلمشدر .

مع التأسف كسب وضوح ایدن دیكر برمسئله ایسه عملیات ایدیلن فقراده غدهٔ درقیه‌نك فعالیت عضویه حقنده حائز اهمیت مخصوصه بولنمسیدر .

قسم علویٔ بدنك تضیق دمویسنك وفعل تصفیهٔ دم وظیفه‌سنك تنظیمیله فعالیت بدنك حسن صورتله ایفای وظیفه‌سنه خادم برعصارهٔ مخصوصه‌نك افرازینه و یاخود عصارات مضره‌نك امحاسنه دائر اولان قوتی تصور اولنمش ایسه‌ده اولوقت بونلر اثبات اولنمامش ایدی . دمجه مشاهده اولنه‌بیلن تغیر دائمی یالكز كریوان حمرانك میلیمترو مكعبنده ۸۰۰ و ٦٠٠ عدده قدر تناقصندن عبارت ایدی . كریوان حمراده‌كی نه موغلوبینك محتویات نسبیه‌سی فقرالدم دائمیده‌كی كبی طبیعی ایدی . كریوان بیضانك عددی بالعكس تزاید ایدوب غدد لنفاویه وطحال ومخ عظام تغیرات ابراز ایتمزلر .

سل الرئه دخی داخل اولدیغی حالده امراض ساریه‌نك سؤ القنیه‌لیلره اولان صولتی سائر اشخاصدن زیاده اولمیوب كلیه لایقیله ایفای وظیفه ایدردی .

اسوچره‌ده برن شهرنده معلم قوشه‌ر طرفندن غدهٔ درقیلری تماماً استیصال اولنان ۲۷ اشخاصك كافه‌سنده عین حال فلاكت اشتماله تصادف اولندیغندن بونلرك اك زیاده شایان معاونت اولانلرینی خصوصا قیشین معلم قوشه‌ر سرریاتنه قبول ایله اسكان وحسن اعاشه‌لرینه دقت ایتدیسه‌ده خسته‌خانه‌دن چیقار چیقماز بونلرك صحتلری ینه تدنی ایتمشدر .

بو حاللرده نهایت ویرلمكچون ۱۸۸۳ سنه‌سی اوائلنده غدهٔ درقینك استیصال كلیسی منع اولنوب آنك یرینه استیصال جزؤی قائم اولمش واو تاریخدن اعتباراً میقزه دهم حاصل اولمامشدر .

(مابعدی وار)

خلاص بوله‌بیلمسنی اصلا قبول ایتمدیکم کبی غدهٔ درقیلرندن تماماً محروم ظن ایدیلوب مرض مزبوردن تخلیص کریبان ایدنلرك اثنای عملیاتده عارض اوله‌رق غدهٔ درقیلری تماماً استیصال ایدلمامش اولدیغنی تکرار ایدرم .

بعدالعملیات قسماً غدهٔ درقیلری استیصال ایدیلنلرك ضدنی اوله‌رق خسته‌لر ایاغه قالقه‌میوب ضعیفلر و فقرالدم و حرکتلرنده چولپا اولورلر و اوزیما مناسبتیله تجمم ایدن اعضالرندن پك راحتسز اولورلر . وجهلری شیشر عدم تناسب اندام حاصل اولوب صاچلری دوشر وذکا اویوشور و خسته‌لر قره‌تینیته دوچاو اولدقلرینی حس ایدرلر حتی خسته‌خانه‌یه قبوللری اثناسنده خستکاندن همان دائما شو « احمقلشدیغمی حس ایدیورم . هیچ برشیٔ یاپمغه مقتدر اوله‌میورم ، هر بیلدیکمی اونوتیورم » جوابی آلدم که اشبو جواب میقزه ده‌ملیاره مخصوص اولان تکلم و بر صدای مأیوسانه ایله تلفظ ایدلمشدر . بومناسبتله انکلتره‌ده اوردك خسته‌لرنده دخی بوعلامتی مشاهده ایتدیکمدن الیوم میقزه ده‌ملی برخسته‌یی کورمکسزین یالکز سسنی ایشتمکله بالسهوله وضع تشخیص ایده‌بیلورم .

سزلره ارائه ایتدیکم فوطوغرافلر کتابلر طولوسی تعریفاتدن زیاده خسته‌لغك خیالنی ذهنکزده نقشه کافی اولوب بویولده برخسته کورلدکده اسلا اونوتلماز .

شیشکین وشاشقین وقره‌تینی الشکل یوزلوله صاچلرك آزلغی وقبا وناسیرلی وباخصوص قیشین ماوقیراق اللر وقالینلشمش واللر کبی ماویلشمش ایاقلر وقالینلشوب قالیلشن وشارقونك دیدیکی مثللو ضحیمة بدن جلد کثیف وقاتی وضحیمة الادمه اولوب نظر ابلهانه وصدر دخی منتظماً قاعده‌سنده زروه‌سندن زیاده عریضجه‌در .

فقرا کروهنده اشبو تصویر اولنان احوال علی‌الاکثر برقاچ هفته ظرفنده میدانه کلور .

عملیات ایدیلن کنجلرك بدنی آرتق نشو ونما بولمیوب تمو فلج اولدیغندن بومثللولر جسماً وذهناً حقیقی قره‌تنلردر .

معلم قوشه‌ر طرفندن وضع وتأسیس ایدیلن اشبو ازماع مرض ۱۸۸۳ سنه‌سی نیسانند‌ه‌کی مومی‌الیهك ایلك نشریاتنده ۱۸ قدر مشاهده‌یی حاوی اولدیغی حالده کمال استهداده هدف اولمش و ویانه مکتب طبیه‌سی طرفندن استیصال غدهٔ درقیٔ تامی متعاقب بویولده برتحولك وقوعنه قناعت حاصل اولنامش ایکن آنجق ۱۸۸۷ سنه‌سنده ویرخوفك اسوچره‌یه بعده انکلتره‌یه برسیاحتنی متعاقب بوبابده مطمئن اولمشلر وفرانسه‌ده ایسه ۱۸۸٦ سنه‌سندن اعتباراً ره‌ورده‌ن ایله قوشه‌رك رأیلری قبول اولنمغه باشلانمشدر .

جملهٔ عصبیهٔ مرکزیه‌نك و یاخود عصب سنپاتیٔ کبیرك بر آفتی تصور اولنمقده ایدی . هایزو برفتح میت اثناسنده جسم نخامینك وغدهٔ ضویرینك فوق‌العاده ضخامتنه تصادف ایتدیکندن میقزه ده‌مك آفت مزبوره‌دن تولد ایتدیکنه ذاهب اولمشدی . اورد ایسه هرشیٔ انساجك ارتشاح محاطیسنه اسناد ایدر . الحاصل میقزه ده‌م هر نقدر قادینلرده دها چوق ایسه‌ده ارککلرده دخی حاصل اوله‌بیلور .

۱۸۸۲ دن ۱۸۸۲ سنه‌سنه قدر قوشه‌ر وره‌ورده‌نك مطالعاتی مسئله‌یی دها کوزل ایضاح ایدر وقلع درقیٔ کلی اجرا ایدیلن هر بر شخصده تصادف اولنان میقزه ده‌مه ازهرجهت مشابه بر آفتدن عبارت اولمق اوزره سؤ القنیهٔ خنازیریه و یاخود سؤ القنیهٔ درقیه نامیله توسیم ایدر .

بو بابده معلم قوشه‌ر ایله ره‌وردن بیننده هنوز منازع‌فیه اولان حق رجحانیتدن بحث ایتمیوب دها زیاده تعمیق مسئله ارزرسنده اولنلره بوكٔ دائر نشر ایتدیکم اثر عاجزی‌یی توصیه ایدرم .

الحاصل بوایکی معروف جراح عین نتیجه‌یه یعنی غدهٔ درقینك تماماً قلعنك میقزه ده‌مه ازهر جهت مشابه برخسته‌لق حاصل ایتدیکنی و بویله‌جه غدهٔ درقیلرندن محروم ایدیلن اشخاص کنج و یا اختیار اولسون قره‌تینی الشکل تغیر حصوله کلدیکنی بیان ایتمشلردر .

بدایت مرض عملیاتدن اعتبار اولنوب خستکانك تابع بولندقلری قواعد صحیه‌نك احوال حسنه‌سنه کوره آز چوق تأخر ایده‌بیلور . کرچه غدهٔ درقیلری تماماً استیصال ایدیلن اشخاصك کافه‌سی موضوع بحث مقال اولان خسته‌لغه ارکچ مبتلا اولورلرسه‌ده اغدیه وقواعد صحیه‌یه دقتله عملیاتك تأثیراتی تقلیل ایدیله‌بیلور .

بو قاعده‌نك مستثناسی مثللو منظورمز اولنلر دفعاتله اثبات ایتدیکمز مثللو آنجق اثنای عملیاتده غده‌نك قرین علوه‌لرندن عبارت اولان استطالهٔ آرمودیه و یاخود اهرام لالوئنك وغده‌نك فصیصات سائیه‌سنك محافظه اولنمسندن ایلرو کلورلر .

اکثریا خسته‌لق غدهٔ درقینك تماماً استیصال اولندیغی دقیقه‌دن اعتباراً بدأ ایدر وشخص شرائط غیر موافقه‌یه تابع ایسه صفحه مرض بر سیر سریع اخذ ایدر وشرائط حسنه‌ده ایسه ادوار مرضیه کسب بطائت ایدوب سیر میقزه ده‌م حقیقی‌یه تقرب ایدر . چوق دفعه انتهای مشئوم میقزه ده‌ملی خسته‌لردن زیاده غدهٔ درقیه‌لری استیصال قلنانلرده قریباً واقع اولور .

غدهٔ درقیه‌سی کلیاً استیصال ایدلمن هیچ برخسته‌نك اشبو مرض مدهشدن

اوصاف ایله اولقدر کسب مطابقت ایدردیکه بری آنی ودیکری نوعما تجربوی اولمق اوزره اشبو ایکی مرضك مشابهت قطعیه‌سی تحقق ایدردی و اشبو خسته‌لغك خرابیت کلیهٔ جسم درقیدن ایلرو کلمسندن عبارت اولان اختلاط جراحی مناسبتیله بوخصوص بالتجربه تأیید ایدرمی . بو سببدن قره‌تینیتی میقزه دممه تقریب ایچون باقی قالان بر خطوه دخی بالسهوله قطع ایدیلوب معلم قوشه‌ر عین برخسته‌لغك انواع ثلثه‌سنك نسبتلرینی تعیین ایتدی .

قره‌تینیت ضخامهٔ جسم درقی ایله مترافق و یاخود غیر مترافق اولور وشمدی سزلره بلا ضخامهٔ جسم درقی بر قره‌تنك فوطوغرافنی ارائه ایدیورم کوریورسکزکه غدهٔ درقیسی تماماً کسب ضمور ایتدیکی حالده میقزه دهملی نوعه نقدر بکزه‌یور . غده‌نك اشبو ضموری ولادی اوله‌بیلور بوکا دائر برلینده شارتیه موزه‌خانه‌سنده برجنین موجوددرکه قره‌تینیتك کافهٔ علائم حکمیه‌سیله تولد ایدوب غدهٔ درقیسی یرینه برلجام لیفی موجوددر .

ضخامهٔ درقیلی قره‌تن ایسه کسب تغیر ایدن غدهٔ درقینك ایفای وظیفه ایتمدیکچه ن قره‌تن و یاخود میقزه دهملیدر .

قره‌تینیت طفولیتك آفت مبقزه دهمیسی اولوب انك انکشافی بتون عضویتك ناتمام صورتده نشو ونما بولمسنی انتاج ایدر و شحص نشو ونما وکرك ذکاسنده اندن متأذی اولور . دوقتور هوفما یسترك غایت مهم تدقیقات تجربویه‌سی کجلکنده غدهٔ درقیه‌لرندن محرم ایدیلن اشخاصده‌کی فلج نموی صورت واضحه‌ده اثبات ایدر .

مع التأسف بوحال یالکز حیواناتده دکل قوشه‌ر ره‌ورده‌نك کشفندن اقدم بالتمام غدهٔ درقیلری قلع اولنان کنج انسانلرده دخی مشاهده ایتدك جراحلق واسطه‌سیله قره‌تنلر ومیقزه دهملیلر حصوله کتوریلور .

توقف نمودن اقدم بالتمام غدهٔ درقیه قلع اولنمش ایسه قره‌تنلر و بالعکس کاهلده اجرای عملیات اولنمش ایسه میقزه دهملیلر حصوله کلور .

میقزه دهم کاهلده ظهور ایدوب ١٨٧٣ سنه‌سی سیر ویلیام کول طرفندن نسوانده حال قره‌تینی نامیله ایلك دفعه تعریف ایدلدی بعده ١٨٧٧ ده اورد یدی، عدد یکی خسته ارائه ایدوب اکا میقزه دهم نامنی ویردی دها صکره دخی شارقو عین خسته‌لغی ١٨٨٠ سنه‌سنده سؤ القنیهٔ ادمویه نامیله توسم ایتدی .

قوشه‌ر ـ ره‌ورده‌نك کشفنه دکین اشبو خسته‌لغك اسباب مرضیه‌سی مبهم قالمش واجرا قلنان بعض فتح میتلر مسئله‌یی تنویر ایده‌مامش اولمغله سبب مرض اوله‌رق

٤— شفای قطعی خصوصاتی اختناق رحمه عائد اولمق ومنشألری اعضاء تناسلیه‌ده اولان علائم عصبیهٔ منعکسه‌یه راجعدرلر .

٥— لوغوته‌تیسك بالالتزام ذکر ایتدیکی خصوصاتده اختناق رحم رحمی حقنده‌کی افکار عتیقه‌یه عودت ایتمکچون شایان استناد هیچ برعلامت مخصوصه کوره‌میورز .

٦— اختناق رحملی برخسته هر نصل اولورسه اولسون شفا حقنده افکار ثابته تلقیننه محتاج بولندیغندن لوغوته‌تیسك بزه بیان ایتدیکی مثللو حیرت‌افزا نتایج تداویه‌یه دسترس اولمقچون موجود اولان آفت رحمیه‌نك تداویسیده اصولدندر .

دوقتور آولونیتیس

﴿ میقزه دم ﴾

کچنکی اجتماعده دوقتور روبنصون ذات عالیلرینه میقزه دم یاخود شارقونك سؤ القنیهٔ أدمویه‌سنه دوچار اولمش برخسته ارائه ایتمشیدی. بومسئله ایله بنده‌کز برخیلی مشغول بولندیغمدن میقزه دم عملیه و یاخود سؤ القنیهٔ درقیه‌یه دائر استادم قوشه‌رك سریریاتنده آلمش اولدیغم برقاچ فوطوغرافی سزلره ارائه‌یه جرأت ایده‌جکم .

اشبو خسته‌لق استانبولده اولقدر نادر دکلدر ودوقتور اوتیبول کچن سنه بکا غایت واضح برخسته کوستردی .

معلومکز اولدیغی وجهله نوع جراحی و نوع ذاتی یاخود آنی اولمق اوزره میقزه دمك ایکی نوعی واردر .

میقزه دم آفت بتدائیه طرزنده اشبو خسته‌لغك الك زیاده تصادف اولندیغی محل اولان انکلتره‌ده کول اورد طرفندن توصیف ایدلمشدر .

سؤ القنیه درقیه یاخود میقزه دم عملیه ١٨٨٢ تاریخنده جنوه‌ده ره‌وردن طرفندن ناتمام برصورتده تعریف ایدیلوب ١٨٨٣ سنه‌سنده استادم قوشه‌ر طرفندن ره‌ورده‌نکلکندن بشقه صورتده مکملاً مطالعه اولنوب مومی‌الیه خزع جسم درقئ کلی‌یی قطعیاً منع ایدرك آنی برازماع مرضی شکلنده کوستردی .

کول و اورد طرفلرندن توصیف ایدیلن خسته‌لق قوشه‌ر طرفندن تعیین ایدیلن

« دوژاردن بوج دروس سرریه‌سنده اختناق رحم اوزرینه نه دیور : معلومکزدرکه اختناق رحمك شفای تامی غایت نادر اولوب علائمدن بریسنه غلبه ایدیله‌بیلدیمی دیکرلری ظهور ایدر وغیرت ومعلوماتکزی نه درجه صرف ایتمش اولسه‌کز اختناق رحملی خسته‌نك تخیلاتنك علی‌الدوام تولید ایتدیکی تغیرات عصبیهٔ مزبوره‌یه قارشو دائما معدوم الاقتدار قالورسکز » .

فقط خسته بالتمام وقطعیاً شفایاب اولمزسه بیله موقت برزمان ایچون شفایاب اوله‌بیلورکه بوده تلقین وتخیلك تأثیریله اولور لکن انحناء رحم خلفینك دوزلدلمسی و یاخود قرحهٔ رحمیه‌نك کیٔ ایدلمسیله اختناق رحمی تشفیه ایتدیکنی ظن ایدنلر نتایج واقعه‌یی تلقیناته وتخیلاته اسناد ایتسه‌لر ده بجا ارلور . بوج ینه دیورکه : تداوی نقطهٔ نظرندن اختناق رحم طبیعت ذاتیه‌سیله فنی وقطعی اولان کافهٔ معلومات تداویه‌یه مباین اولوب بوده وظائف جملهٔ عصبیه‌نك اشبو عدم توازننده تخیلك مداخلهٔ عظیمندن نشئت ایدرلر عالم وصاحب وجدان وصدقکستر برطبیبك موفق اوله‌مدیغی خصوصانده بی حیا برشارلاتانك حسن موفقیاتی بونی تأیید وایما ایدر . فی‌الحقیقه اختناق رحم برمزرعهٔ اعجاز وغرابت اتمادر .

شمدی لوغوته‌تیس افندینك بیان ایتدیکی خصوصلره کله‌لم ، مومی الیهك خسته‌لرینك ابراز ایتدیکی علائم عصبیه بالخاصه اعضاء تناسلیه‌دن متولد علائم ضعف عصبیهٔ منعکسه‌سی ایدیلر؟ بونی ظن ایتمم . دوقتور لوغوته‌تیس اختناق رحم مصنفك استغماتلرینی بالتحری بولدیغنه دائر بزی تأمین ایتدیکندن بو حالده بالتلقین شفای موقت حصوله کلدیکنه بزجه قناعت حاصل اوله‌بیلور و بو ادعام مرور زمان ایله اثبات اوله‌بیلور زیرا امید ایدرمکه دوقتور لوغوته‌تیس تشفیه ایتدیکی خسته‌لرینی مشاهده‌ده دوام ایدوب بالاخره بوبابده بزه معلومات ویرر .

الحاصل نتیجه اوله‌رق بیان ایدرمکه :

١— اختناق رحم علائمنك تداویٔ جهاز تناسلی ایله تشفیه‌سی خصوصی معلوم ومنتشر اولوب لوغوته‌تیس افندینك مشاهداتی ایسه آنی یکیدن اثبات ایدر .

٢— بویولده‌کی شفا موقت اولوب شفا حقنده‌کی بر فکر ثابتك تلقینی اك زیاده تأثیر ایدر .

٣— اختناق رحمه مبتلا خستکانده اجرا قلنان بر توسط جراحینك نتایج مساعده‌سی ایضاح ایدلمکچون دیکر برخسته‌دن واختناق رحمك دیکر برنوعی ارانلمغه لزوم یوقدر بالتلقین شفای موقت حصولی انلری ایضاحه کافیدر .

روحيدن ماعدا اعضاء تناسليهٔ اناثده قراركير اولان ديكر برنوع اختناق رحمك موجوديته ذاهب اولور وصنعتداشلرينك دخی مشاهدات مشابهه‌يه تصادف ايدوب ايتمدكلرينی استفسار ايديور . والحاصل بو بابده رفقاسنك رأيلرينه مراجعت ايديور .

اول امرده بنده‌كز رفيق محترمه مفاد اخباراتنه تماماً كسب اطلاع ايده‌بيلمش اولديغمی وحقيقة نتيجه‌سنك بوندن عبارت بولنمش اولديغنی سؤال ايتدكدن صكره جواباً بيان ايده‌بيلوركه جمله متخصيص اعضاء تناسل اناث اختناق رحملی خسته‌لر اوزرينه ولو جزؤی اجرا قلنان توسط جراحی‌ينی متعاقب بعض دفعه نتايج عظيمه مشاهده ايتمشلردر . پوزی‌نك كتابنك ١٨٤نجی صحيفه‌سنده شوكا تصادف اولنور : « اختناق رحملی قادينلره مخصوص بر مبحث الامراض رحميهٔ مخصوصه ونتايج تداويهٔ خصوصيه‌نك موجوديتنه قائل اولمق ايجاب ايديوركه جملهٔ عصبيه‌سی اولدرجه حساس اولمق قادينلرك اصلا تاثير بخش اوله‌ميه‌جق توسط جراحی آنلرده نتايج غير مأموله حاصل ايدر » .

اشته بوندن اكلاشيليوركه لوغوته‌تيس افندينك خسته‌لرينك شفاياب اوليشنده شايان دقت برشیٔ اولميوب بونللو وقوعات نادر اولمامقله برابر بالعكس غايت مبذولدر . بوحالده اشبو خصوصات شفائيه‌يی نه وجهله ايضاح ايده‌بيلورز ؟ .

جهاز تناسليلرندن راحتسز اولان قادينلرك تصادف اولنان تغيرات عصبيه ايكی نوع اولوب :

١— اختناق رحمه مستعد اشخاصده اعضاء تناسليه‌نك هر قنغی بر تغيرندن متولد علائم حقيقيهٔ اختناق رحميه .

٢— اختناق رحمه غير مستعد واختناق رحملی اولمين خسته‌لرك جهاز تناسلی آفاتندن وطريق منعكس واسطه‌سيله حصوله كلن علائم ضعف عصبيهٔ شبه اختناق رحميه‌در . « التهاب رحم مزمن حقنده قورتی ذكر ايديوركه كافهٔ تغيرات عضيه بتون اختناق رحم اشكالنی تقليد ايدرلرسه‌ده اختناق رحم حقيقی دكلدرلر ونادراً اختناق رحم ايله مترافق بولنورلر مع مافيه قادينلرده‌كی تغيرات عصبيه‌نك نقطهٔ نشئتی رحمدن ايسه بالسهوله اختناق رحم اعراضيله متصف اولورلر » پوزی صحيفه ١٨٣ .

اشبو ايكنجی صنفه متعلق اولان تغيرات عصبیه نقطهٔ نشئتلری اعضاء تناسليه‌ده بولنان علائم منعكسه‌دن عبارت اولوب آفت اعضاء تناسليه‌نك شفاسيله شفاياب اولورلر لكن علائم حقيقيهٔ اختناق رحميه عين زمانده موجود مرض جهاز تناسلينك شفاياب اولمسيله مندفع اوله‌بيلورلرمی؟ خير افندم اختناق رحم بويولده برتداوی ايله شفا بوله‌مز .

جریدهٔ امراض الصحه

عسکریه و ملکیهٔ دولت علیهٔ عثمانیه

بشنجی مدافعه

افندیلر .

رفیق محترم و محبم لوغوته‌تیس افندی اولکی اجتماعلریمزك برنده اختناق رحم حقنده بزه مهم واوزونجه برائر قرائت ایتدی .

اثر مزبور پك چوق اعتراضلره باعث اولمغله مسئله جمعیتجه موقع مباحثه‌یه قونیله‌رق ارقداشلریمزك اکثریسی بیان مطالعه ودوقتور لوغوته‌تیسك اثرینی تدقیق ومعاینه ایتمشلردر . بنده‌کز ایسه بونلر میانده اك نهایته قید اولندیغمدن یالکز لوغوته‌تیس افندینك نتیجه‌سنی معاینه ایده‌جکم .

رفیق محترممز اختناق رحمك احوال تاریخیه‌سنی بو کونه دکین تدقیق ایدرك سالپتریه‌ر مکتبنك تحریاتندن صکره الیوم جاری اولان نظریهٔ جدیده‌یه وقوفنی بیان وحتی آنی قبول ایدیور . بعده جامع الاوصاف استیغماتلری ابراز ایدوب اعضاء تناسل اوزرینه اجرا قلنان تداوی ثمره‌سیله شفایاب اولدیغنی بالذات مشاهده ایتدیکی برقاچ اختناق رحم مشاهداتنی بزه ذکر ایتدکدن صکره موسیو لوغوته‌تیس اختناق رحمك بر وغیر قابل انقسام بولندنغی حقنده اشتباهده بولنه‌رق تداویٔ مرض جهاز تناسلینك اختناق رحمی تشفیه‌یه بادی اولمسندن طولایی معلوم اولان اختناق رحم

نومرو ۱۱۹ طقوزنجی سنه



۱ شباط ۱۳۱۱

جریدهٔ امراض الصحه

عسکریه و ملکیهٔ دولت علیهٔ عثمانیه

هیئت تحریریه

دوقتور دولتلو ماورویانی، سعادتلو ماقریدی و سویان پاشالر حضراتیله دوقتور عزتلو ناظم شرف‌الدین بك ، دوقتور پاردو و پیر آپه‌ری افندیلر

مدیر

دوقتور سرپوسیان

کاتب

دوقتور مارقوسیان

غزته اداره‌خانه‌سی

جمعیت طبیهٔ شاهانه‌نك بولندیغی محلده: درسعادتده بك‌اوغلنده سقا سوقاغنده آصمه‌لی چقمه‌ده

اعلانات و آبونه خصوصاتی ایچون ناشر جریده «آ. خریستیدیس»ه مراجعت اولنمالیدر غلطه‌ده وویووده جاده‌سنده نومرو ۱۹

آبونه شرائطی

بر سنه‌لکی استانبول ایچون ۳۰ وولایات ایچون ۳٦ غروشدر ممالك اجنبیه ایچون ۸ فرانقدر

(آ. خریستیدی مطبعه‌سی)

درسعادتده غلطه‌ده وویووده جاده‌سنده نومرو ۱۹

— ۱۸۹۵ —

(ایود وتاننلی نوری شرابی)

مالق یاغی ودیکر ایودورلره فائقدر .

مقداری: هر طعامدن اول چوجقلره بر قهوه قاشیغی کاهللره بر چوربا قاشیغی .

9me ANNÉE. — No 121. 1/13 AVRIL 1896.



GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

DE L'EMPIRE OTTOMAN.

BUREAUX DU JOURNAL :

AU LOCAL DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE, ASMALI TCHIKMA, SAKA SOKAK, PÉRA
CONSTANTINOPLE.

POUR LES ANNONCES ET ABONNEMENTS
S'adresser à l'Éditeur A. CHRISTIDIS
19, Rue Voïvoda, Galata, Constantinople.

PRIX DE L'ABONNEMENT PAR AN
Constantinople : 30 Ptres. — Provinces : 36 Ptres. — Étranger : [illegible] Francs.



CONSTANTINOPLE,
Imprimerie A. CHRISTIDIS, 19, Rue Voïvoda, Galata.

1896.

(اقزالترينلى بلانقا محلولى وقومپريمه‌لرى)
الام عصبيه ، عضليه ، سينيه ، غضروفيه ، ذات المفصل الخ .

9me ANNÉE — N° 121 — 1/13 AVRIL 1896.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES
DE L'EMPIRE OTTOMAN.

HYPERTROPHIE DE LA RATE MALARIQUE

GUÉRIE PAR LA SPLÉNECTOMIE.

Par le Prof. Dr Djémil Pacha.

Permettez-moi, Messieurs, de vous présenter un cas d'hypertrophie de la rate malarique, guérie par la splénectomie.

Husséin, âgé de 25 ans, né à Arabkir, de taille moyenne, anémique, entre à la clinique chirurgicale de l'Ecole Impériale de Médecine le 13 Février 1896.

Antécédents héréditaires : son père et sa mère sont morts de la cachexie paludéenne.

Antécédents personnels : Il a joui, jusqu'à l'âge de 19 ans, d'une bonne santé. Depuis cinq ans, il a eu, pendant plusieurs mois de l'année, des accidents de fièvres intermittentes. Il y a deux ans, il constate dans la partie gauche de l'abdomen une tuméfaction et une douleur. Pendant tout ce temps-là, il a été traité par la quinine, le fer et l'arsenic, sans aucun soulagement.

Il n'est pas alcoolique, n'a jamais eu ni syphilis, ni blennorrhagie non plus.

Etat actuel.—A la palpation, on constate une grosse tumeur, de forme générale arrondie, très dure, non bosselée, occupant le flanc et l'hypochondre et descendant jusqu'à la fosse iliaque gauche et dépassant de trois travers de doigt la ligne blanche.

A la pression, le ventre est tendu et douloureux. A la percussion, la matité commence au 4e espace intercostal gauche et s'étend jusqu'à la colonne vertébrale et à la face postérieure du thorax en arrière et toute la région épigastrique, hypochondrique et la fosse iliaque gauche en avant.

Le foie déborde le rebord costal et le cœur est refoulé à droite sous le sternum. A l'auscultation, on constate un léger souffle à la base du cœur.

La respiration est constamment gênée et au moindre effort, le malade a de la dyspnée.

En somme, son état général n'est pas satisfaisant : La face est pâle, les muqueuses décolorées ; assis ou debout, il a toujours une sensation douloureuse de pesanteur et de tiraillement. Pas d'appétit. Il digère très mal, constipation habituelle. Œdème léger des membres inférieurs. Il a de l'insomnie. Le sang, examiné, a une composition normale. L'examen des urines ne montre rien d'anormal.

Opération.— Elle eut lieu le 17 Février 1896, à la clinique chirurgicale de l'Ecole de Médecine. Anesthésie au chloroforme, asepsie bien rigoureuse. Je fis, d'emblée, une grande incision médiane, 2 travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde jusqu'au pubis. La rate énorme, de couleur normale, se présente. Il s'écoule près de 600 grammes de liquide rougeâtre. J'ai introduit la main droite pour connaître le volume de la tumeur, l'étendue et la résistance des adhérences. Après en avoir rompu quelques-unes avec le doigt, j'ai voulu attirer la tumeur hors du ventre, mais cette tentative demeura infructueuse par suite de son grand volume d'une part, et des adhérences avoisinantes de l'autre part. J'ai essayé de les décoller, mais cela a été abandonné tout de suite par suite de l'hémorragie qui se produisit en abondance. Renonçant à ce travail, j'ai fait, quatre travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde, une autre incision transversale de 20 centimètres de longueur en suivant le rebord costal gauche. Une fois cette incision faite, nous avons eu un champ opératoire et un accès plus libre et plus vaste. Ainsi, j'ai pu décoller les adhérences diaphragmatiques et intestinales, en faisant au fur et à mesure l'hémostase par des pinces hémostatiques, et attirer la tumeur hors du ventre plus facilement et plus rapidement.

Après avoir coupé entre deux longues pinces une partie de l'épiploon adhérente à la rate, j'ai divisé avec les ciseaux, entre deux très longues pinces, les ligaments phréno-splénique, gastro-splénique et pancréatico-splénique et puis la rate fut enlevée. Quelques grandes compresses stérilisées furent appliquées à la face inférieure du diaphragme pour maîtriser l'hémorrhagie en nappe qui se produisait en abondance.

J'ai lié ensuite le pédicule en dedans des pinces par une série de ligatures en dehors de la première ; par dessus tout l'artère et la veine furent liées séparément. Après avoir réduit le pédicule, nous avons fait la toilette à sec, sans lavage, ni drainage non plus. Trois plans de sutures sur la paroi abdominale. Pendant ce temps-là, un de nos aides faisait, à la partie supérieure des deux cuisses, l'injection sous-cutanée de près de 900 grammes de sérum artificiel stérilisé.

L'opération avait duré une heure.

La rate enlevée pesait 2300 grammes, si elle était remplie de sang, elle ne pèserait pas moins de 3500 grammes.

La tumeur présente une longueur de 48 centimètres sur une largeur de 23 centimètres et une épaisseur de 10 centimètres.

Une partie de la tumeur a été envoyée à M. le Dr Rifat bey pour être examinée au microscope.

Le patient passa une bonne nuit.

Le 18 Février.— L'état général est très bon. Température : le matin, 37,5 ; dans la journée, le malade a eu des nausées et des coliques légères. On lui a donné du champagne. Température le soir, 38.2.

Le 19 Février.—L'état général est satisfaisant. Température, le matin 37.7 ; le soir, 37,5.

Le 20, 21, 22, 23.— Rien de nouveau, pas de fièvre.

Le 23.—Toutes les sutures sont enlevées. La grande plaie est cicatrisée par première intention.

Aujourd'hui, 12me jour de l'opération, le malade est complètement guéri. Il demande à manger et veut quitter l'hôpital.

Messieurs,

On sait depuis longtemps, et par l'expérimentation physiologique et par l'observation clinique, que la rate n'est pas un organe indispensable à la vie.

Timothée Clarck raconte qu'u nchirurgien, sans citer le nom de celui-ci, en 1672, extirpa la rate herniée à la suite d'un coup de couteau.

Mais, d'après Adelmann, le Dr Quittenbaum, en 1826, est le premier chirurgien qui aurait, de parti pris, pratiqué l'extirpation de la rate et son opéré est mort 6 heures après.

La chirurgie contemporaine, depuis les célèbres opérations de Spencer Wells (1865) et de Péan (1867), a-t-elle définitivement accepté la splénectomie comme une opération légitime ?

Les opérations de Wells et de Péan ont fourni, tout d'abord, la preuve qu'un individu auquel on a enlevé la rate pathologique, peut parfaitement continuer à vivre. Cette preuve n'a fait que confirmer ce que

nous connaissions déjà des succès obtenus par l'extirpation de la rate à la suite du traumatisme.

Comme on sait, Messieurs, l'ablation de la rate a été faite dans les cinq conditions suivantes :

1° Pour les hernies de la rate, blessée ou non, à travers une plaie de la paroi abdominale. Le chiffre de 24 guérisons sur 25 opérés est particulièrement intéressant.

2° Pour les rates mobiles. Sur 6 cas publiés, 4 sont guéris.

3° Pour des kystes hydatiques ou autres. Sur 4 opérés, 3 sont morts.

4° Pour des hypertrophies de la rate malarique. Sur 21 cas publiés jusqu'aujourd'hui, on compte 5 guérisons seulement et 17 morts.

5° Pour les tumeurs sarcomateuses et leucémiques. Sur 21 cas, il n'y a eu que 2 guérisons.

Donc : la splénectomie est une excellente opération pour la rate mobile et pour tous les cas de hernies traumatiques, mais elle est une opération très meurtrière pour les hypertrophies malariques et leucémiques.

D'après la statistique la plus récente, celle de Ledderhose, en 1800, la mortalité serait, dans l'hypertrophie simple, 81,2 pour 100 ; dans l'hypertrophie malarique, 83,4 pour 100 ; et la plus élevée surtout dans l'hypertrophie leucémique, 95 pour 100.

La mort dans la splénectomie pour hypertrophie de la rate, est survenue, en général, à bref délai, de quelques minutes à quelques heures après l'intervention, soit de Shock, soit surtout d'hémorrhagie.

L'hémorrhagie se fait, par un gros vaisseau, en un point où il adhère à la rate ; ou bien par la rupture d'un gros vaisseau, comme la veine splénique ; ou bien encore par glissement d'une ligature, parce que le pédicule a été mal lié.

Les hémorrhagies ne résultent pas seulement des difficultés opératoires, elles sont aussi secondaires et tiennent à l'altération du sang, à une véritable tendance hémorrhagique.

Le volume excessif de la rate hypertrophiée est encore un élément qui doit entrer en ligne de compte. M. le Dr Péan, mon célèbre maître, pense que l'opération a peu de chance de succès quand le poids de la rate s'élève à 3 et 4 kilogrammes.

La rate la plus volumineuse qu'on ait enlevée jusqu'à présent, avec succès opératoire bien entendu, est celle du cas du Dr Fritsch qui pesait 2500 grammes et de celui de Péan, publié dans la *Gazette des Hôpitaux* en 1876, qui pesait 1125 grammes. Alors, le cas que j'ai eu l'honneur de vous présenter vient, comme volume, en seconde ligne.

Comme on voit, Messieurs, la splénectomie donne, pour la rate mo-

bile et traumatique, des résultats meilleurs que dans le cas d'hypertrophie malarique et leucémique.

Alors, pourquoi cette différence énorme dans la mortalité ? Ce fait s'explique, dit M. le Dr Hartmann, par les conditions spéciales où se fait l'ablation de la rate herniée ou déplacée. Par suite même de son déplacement, elle ne peut contracter d'adhérences avec la voûte du diaphragme. Or, ce sont ces adhérences qui constituent un des dangers de la splénectomie dans les hypertrophies malariques et leucémiques.

Pour nous, il faut ajouter à l'explication de Hartmann la ligne suivante : Dans l'hypertrophie de la rate malarique ou leucémique, le malade se trouve presque toujours dans un état qui n'est pas satisfaisant et il est, par ce fait, toujours faible, anémique et cachectique, et son liquide nourricier est altéré, enfin il supporte naturellement mal la splénectomie, tandis que, dans la rate mobile ou déplacée, le sujet se trouvant bien portant, supporte très bien l'opération qui est en même temps facile et ne dure que quelques minutes et le malade ne perd presque pas de sang.

Dans l'observation ci-dessus relatée, le succès opératoire tient, évidemment, malgré le volume excessif de la rate et les adhérences intimes: 1° à l'incision abdominale que nous avons pratiquée ; 2° à l'emploi de l'injection du sérum artificiel tout de suite après l'opération ; 3e à la double ligature en chaîne du pédicule, avec ligature des vaisseaux faite séparément.

Il me semble que celle-ci est la première opération de l'ablation de la rate, pour hypertrophie malarique, qui ait été faite en Turquie avec succès opératoire.

Dr Djémil.



TRAITEMENT DE LA SCARLATINE.

Sommaire : *Forme bénigne. — Formes anormales. — Complications. — Importance des examens bactériologiques dans les angines. — De la sérothérapie appliquée au traitement de la scarlatine (sérum de Marmorek). — Prophylaxie.*

La scarlatine est de toutes les fièvres éruptives celle qui présente les plus grandes variations dans son évolution et dans sa gravité. En France, la scarlatine régulière et bénigne est la plus fréquente ; à côté de cette forme simple, il y a des formes malignes et des cas accompagnés de complications plus ou moins redoutables. Le médecin n'oubliera donc pas que la scarlatine est une maladie à surprises et devra toujours être réservé dans le pronostic et circonspect dans le traitement.

La scarlatine normale, simple, guérit sans médication spéciale ; les indications thérapeutiques se réduisent à une hygiène rigoureuse et à une antisepsie générale et locale destinée à prévenir les infections secondaires avec toutes leurs conséquences.

L'aération, l'alimentation et la propreté forment la base du traitement hygiénique.

L'enfant sera isolé dans une chambre vaste, aérée et bien éclairée. Cette mesure hygiénique est ici plus importante encore que dans les autres pyrexies, le malade étant obligé de garder la chambre jusqu'à la disparition complète de toute desquamation, c'est-à-dire trois, six et même huit semaines.

La chambre doit avoir une température constante, mais non excessive (18° à 20°), et être souvent et largement aérée. On a renoncé avec raison aux anciens errements qui condamnaient les malades à vivre dans une atmosphère surchauffée ou protégés par de nombreuses couvertures.

Le régime lacté sera prescrit dans toute sa rigueur, au moins pendant la période fébrile. C'est le meilleur moyen de prévenir la néphrite tardive (Jaccoud).

Plus tard, vers le quinzième ou le vingtième jour, on accordera des potages et des œufs.

L'examen quotidien des urines permettra au médecin de modifier ses prescriptions alimentaires ; s'il constate une diminution des urines, avec ou sans albuminurie, il devra redoubler de vigilance, exiger que

ses malades soient exclusivement soumis au régime lacté. Il est important, en effet, que les scarlatineux prennent des boissons abondantes et fraîches, pour exciter la sécrétion rénale et favoriser l'élimination des toxines.

Les scarlatineux doivent être entretenus dans un état constant de propreté ; il ne faut pas craindre de les laver tous les jours avec de l'eau boriquée tiède, à 3 0/0, et même de leur donner des bains tièdes. Cette balnéation est exempte de danger ; elle soulage les petits malades en calmant leur prurit et leurs sensations de chaleur du côté des téguments.

Si les recherches bactériologiques ne permettent pas encore de connaître l'agent pathogène de la scarlatine, elles nous autorisent à préciser le rôle important des infections secondaires. Il est incontestable que le plus grand nombre des complications propres à la scarlatine sont dues au streptocoque. Avant d'instituer un traitement local, actif, tout médecin devrait s'efforcer de faire une culture sur sérum avec les produits membraneux ou simplement muqueux de la gorge. Il serait ainsi averti de la nature microbienne de l'angine de son malade et pourrait prévenir à temps des accidents redoutables. Cette angine est souvent caractérisée par la présence de streptocoques, de staphylocoques, blancs ou dorés, isolés ou associés ; elle peut aussi révéler la présence de bacilles de Lœffler. La nature éminemment infectieuse de cette angine nous dicte notre conduite. Nous devons pratiquer dans la bouche et sur la gorge des enfants de grands lavages, soit avec de l'eau bouillie, soit avec une solution antiseptique quelconque (eau boriquée à 3 0/0, acide phénique à 5, 3, 2 0/0, acide thymique à 1 0/00, acide salicylique à 1 0/0, etc.); outre ces lavages, il est indispensable de faire des badigeonnages ou des attouchements de la gorge avec un tampon de ouate hydrophile préalablement trempée dans un collutoire antiseptique (glycérine boriquée, 1/10, salicylée, 1/20, résorcinée, 1/10 ou 1/20). A l'hôpital Trousseau, nous badigeonnons la gorge des enfants avec de la glycérine résorcinée au 1/10 ou au 1/20, suivant que l'angine est ou non accompagnée d'exsudats membraneux, et nous faisons pratiquer fréquemment de grandes irrigations de la gorge, soit avec de l'eau boriquée à 3 0/0, soit avec de l'eau phéniquée à 1 0/0. Les irrigations nasales doivent être abandonnées, car les enfants les supportent mal ; de plus, elles ont le grave inconvénient de faire pénétrer des agents microbiens dans la trompe d'Eustache et de favoriser des infections secondaires du côté des oreilles : ces otites sont extrêmement douloureuses, ont de la tendance à suppurer et durent indéfiniment.

A côté de ces otites, en quelque sorte provoquées, le médecin aura souvent à traiter des otites externes et moyennes, également suppurées, mais susceptibles de guérir en quelques jours ou quelques semaines avec un traitement approprié (lavage des oreilles avec une solution d'acide

phénique au 1/100e et introduction dans l'oreille malade d'un tampon de ouate imbibée de glycérine résorcinée au 1/5e, au 1/10e, ou de glycérine et de perchlorure de fer, une goutte par gramme).

L'asepsie des fosses nasales sera obtenue par l'instillation d'huile boriquée (Hutinel et Deschamps) ou par l'introduction dans les narines de petits tampons imprégnés de vaseline boriquée (Grancher).

Enfin chez les petites filles la vulve doit être l'objet de lavages antiseptiques quotidiens, car les vulvites simples ou suppurées sont assez fréquentes.

Scarlatines anormales.— L'yperthermie et les accidents nerveux appartiennent aux formes anormales de la scarlatine ; ils caractérisent la malignité de la maladie.

L'hyperthermie seule ne constitue pas la malignité de la scarlatine ; elle témoigne de l'intensité de l'infection générale. Aussi est-il superflu, le plus souvent, de lui opposer les médicaments antipyrétiques (antipyrine, antifébrine, quinine, acide salicylique). Nous avons déjà insisté sur la nécessité d'examiner tous les jours les urines des scarlatineux et, par suite, de surveiller l'intégrité des reins ; or, les antipyrétiques sont des médicaments plus ou moins toxiques, peuvent irriter le parenchyme rénal, et menacer l'intégrité fonctionnelle de cet organe.

En présence d'une scarlatine maligne, il ne faut pas temporiser ; il est urgent d'agir vite et de prendre résolument son parti, en conseillant la balnéation froide. La température de l'eau doit être de 18 à 25 degrés, suivant l'âge de l'enfant. Pendant le bain, surtout s'il y a du délire, on pratiquera des affusions sur la tête et sur la nuque avec de l'eau à 10°. La durée des bains sera d'autant plus courte que l'enfant est plus jeune; en moyenne, elle variera entre 5, 7 et même 10 minutes. On renouvellera le bain plus ou moins fréquemment, suivant l'intensité des phénomènes généraux et la réaction fébrile. La température rectale sera prise toutes les trois heures ; et, lorsque le thermomètre accusera 39° ou au-dessus, on donnera un nouveau bain. Il est toujours bon de contrôler les effets de la balnéation, en prenant la température de l'enfant dix à quinze minutes après le bain. Dans les cas heureux, le bain froid abaisse la température, calme les troubles nerveux, favorise l'éruption et produit une diurèse urinaire des plus salutaires.

Malheureusement les formes malignes de la scarlatine déjouent trop souvent les calculs du médecin. Ni la balnéation, ni les injections de caféine, ni les excitants diffusibles, ni les inhalations répétées d'oxygène, etc., ne parviennent à triompher de l'hyperthermie, avec délire, affaiblissement des bruits du cœur et collapsus. Dans ces circonstances lamentables, les malades succombent rapidement en quelques heures ou quelques jours de maladie.

Les autres procédés hydrothérapiques n'ont pas une valeur égale. Pourtant, en cas de refus de la famille ou de difficultés matérielles, on peut substituer au bain froid les lotions froides ou l'enveloppement dans le drap mouillé. Les lotions seront faites avec de l'eau à 20°, pendant deux à trois minutes, sur tout le corps ; quant à l'enveloppement froid, il doit durer dix minutes environ et être renouvelé trois à quatre fois par jour. L'affusion froide doit être préférée ; cette réfrigération fut préconisée par Currie en 1798. Trousseau la considérait comme le traitement par excellence des formes graves de la scarlatine. Cette opération consistait à verser plusieurs seaux d'eau à la température de 18° à 25° sur le malade placé dans une baignoire vide, puis à le rouler dans un drap non chauffé. L'affusion froide reste un procédé d'urgence qu'on doit employer dans les cas où il y a sécheresse de la peau, élévation notable de la température, prostration, etc.

En somme, la balnéation froide est notre suprême ressource pour combattre la scarlatine maligne, quel que soit son symptôme prédominant. Cette balnéation n'est cependant pas exclusive et peut marcher de pair avec une médication appropriée. Le chloral, les bromures, le musc sont des calmants qu'on peut opposer aux phénomènes d'excitation (délire, agitation).

Hydrate de chloral	0 gr. 50
Bromure de potassium	0 — 50
Teinture de musc	X gouttes.
Sirop de menthe	*āā* 30 gr.
Eau distillée	

Une cuillerée à café d'heure en heure. (Comby.)

ou bien :

Musc	1 gr.
Carbonate d'ammoniaque	0 — 20
Sirop	40 —
Eau	80 —

4 à 6 cuillerées à café par jour. (Descroizilles.)

Contre l'adynamie et la prostration, on emploiera l'alcool, le café, le carbonate et l'acétate d'ammoniaque, les injections d'éther et de caféine.

On peut encore donner, une ou deux fois par jour, dans une petite quantité d'eau nitrée, une cuillerée à bouche du sirop composé suivant :

Oxymel scillitique	30 gr.
Sirop de digitale	40 —

(Roger.)

ou bien :

Carbonate d'ammoniaque	2 gr.

Sirop simple 30 —
Eau 100 —

A raison d'une cuillerée à café ou d'une cuillerée à dessert de deux en deux heures, suivant l'âge de l'enfant.

(STAHL.)

Scarlatine compliquée. — Parmi les complications de la scarlatine, il en est deux qui occupent le premier plan par leur fréquence et par leur gravité. Ce sont les *angines pseudo-membraneuses* et les *accidents rénaux*. A l'occasion de l'angine scarlatineuse, nous avons déjà insisté sur la nécessité de préciser la nature bactériologique des exsudats ou du mucus de la gorge, dès que le diagnostic de scarlatine a été établi. Lorsque l'examen bactériologique des cultures aura permis de conclure à une angine à streptocoques ou à staphylocoques, ou même à bacilles de Lœffler, notre conduite sera des plus simples. En présence d'une angine membraneuse à streptocoques ou à staphylocoques blancs ou dorés, isolés ou associés, nous insisterons, ainsi que nous l'avons dit plus haut, sur les irrigations répétées de la bouche ou de la gorge avec une solution antiseptique et sur les badigeonnages de la gorge avec la glycérine résorcinée au 1/10e ou 1/20e. Mais si l'examen bactériologique révèle la présence des bacilles de Lœffler, il ne faut plus se contenter des lavages et des badigeonnages de la gorge, il importe, sans retard, de soumettre les enfants à l'action du sérum de Roux. D'une façon générale, nous pouvons dire que les angines membraneuses tardives, chez les scarlatineux, sont diphtériques. Dès les premiers jours d'une angine membraneuse chez un scarlatineux, il vaut mieux se contenter des lavages de la gorge avec de l'eau bouillie, ou avec une solution d'acide borique à 3 0/0, et des badigeonnages avec du jus de citron ou avec un collutoire boraté au 1/10e et attendre que le diagnostic bactériologique des fausses membranes ait été établi avant de recourir à des médicaments plus actifs. De cette façon, si on se trouvait en présence d'une angine diphtérique associée, on ne s'exposerait pas à neutraliser les effets du sérum antitoxique. Dans l'une ou dans l'autre alternative, on ne porterait aucun préjudice à son malade.

Les angines pseudo-membraneuses de la scarlatine sont fréquemment accompagnées de *bubons* sous-maxillaires ou cervicaux, qu'il ne faut pas confondre avec les adénites dues à la constitution lymphatique. Ces bubons, plus ou moins volumineux, plus ou moins douloureux, semblent dus à une infection streptococcique ; ils se résorbent souvent, ils peuvent suppurer. Il faut les inciser, dès que la fluctuation est reconnue, sinon on s'expose à ses décollements, et même à de la gangrène de la peau et des parties sous-jacentes avec toutes leurs conséquences. Les bubons scarlatineux sont tributaires des accidents angineux, d'où l'indication de multiplier les irrigations et les badigeonnages de la gorge avec

des agents antiseptiques actifs, comme l'acide phénique au 1/50e. Le bubon scarlatineux, parvenu à un certain développement, sera traité par les applications répétées de ouate antiseptique humide (acide phénique, acide borique, sublimé); lorqu'il suppurera, il sera incisé et traité antiseptiquement comme tous les abcès.

Ces infections primitives de la gorge, secondaires des ganglions cervico-maxillaires, s'accompagnent de fièvre continue à exaspération vespérale; aussi, tout en prescrivant à ces enfants des doses relativement élevées d'antipyrine, 1 gramme à 2 grammes, il importe de soutenir leurs forces en insistant sur l'alimentation lactée et la médication alcoolique.

Les accidents rénaux, dus à la scarlatine, sont précoces ou tardifs, le plus souvent tardifs et comportent toujours un pronostic réservé, grave. L'albuminurie ne doit jamais surprendre le médecin, s'il se conforme à son devoir strict d'examiner tous les jours les urines de son malade. Pour prévenir ces accidents rénaux, on conseillera le repos absolu au lit, on évitera les refroidissements, et on supprimera les écarts alimentaires en soumettant son malade au régime exclusif du lait. Malgré toutes les précautions, la néphrite avec ou sans anasarque peut survenir. Cette néphrite peut être rapidement grave ou se prolonger, s'amender et guérir. Le régime lacté s'impose plus que jamais. En même temps on révulsivera les régions lombaires en appliquant quelques ventouses sèches sur chaque région, ou en sinapisant matin et soir ces mêmes régions. Si la diurèse urinaire diminue notablement, si l'oligurie et l'anurie se produisent, on n'hésitera pas à appliquer trois ventouses scarifiées sur chaque région lombaire et à donner des lavements froids (20°) plusieurs fois par jour, toutes les trois heures environ. Dans quelques cas même on a pratiqué des injections intra-veineuses et on a fait une saignée générale. Si l'anurie persiste, si l'urémie menace la vie, il faudra s'efforcer encore de favoriser la diurèse en recourant à la balnéation froide, aux injections de caféine, aux inhalations d'oxygène. La néphrite scarlatineuse ne comporte pas une thérapeutique aussi active lorsqu'elle parcourt d'une façon moins bruyante ses étapes. Le tannin a été très recommandé par Roger.

Alcoolature d'aconit	X gouttes.
Acide tannique	0 gr. 20
Julep gommeux	100 —

Une cuillerée à dessert toutes les deux heures.

On pourra également prescrire avec avantage les diurétiques (digitale, scille), les sudorifiques (acétate d'ammoniaque, nitrate de pilocarpine), les purgatifs, surtout en cas d'anasarque (racine de scammonée, 0 gr. 25, 0 gr. 50; poudre de jalap, 0 gr. 50 à 1 gr.; eau-de-vie allemande, 5 à 15 gr., suivant l'âge).

Les complications cardiaques, les suppurations des séreuses ne

comportent aucune thérapeutique spéciale à la scarlatine.

Les otites externe et moyenne, suppurées, doivent être traitées aussitôt qu'elles sont reconnues, ainsi que nous l'avons dit au début de ce chapitre. Sinon on s'expose à des accidents plus redoutables (mastoïdites, méningite).

Le rhumatisme scarlatineux s'amende, en général, par l'usage du salicylate de soude ; néanmoins, il est prudent d'envelopper de ouate et d'immobiliser toutes les articulations prises.

Exceptionnellement, les séreuses articulaires peuvent être distendues, soit par de la sérosité, soit par du pus. Dans ces cas, on ponctionnera et on injectera dans la cavité séreuse une solution antiseptique (acide borique, acide phénique, permanganate de potasse, etc.) ; cela fait, on immobilisera et on comprimera le membre. Si le pus se produit de nouveau, si l'état général s'aggrave, il ne faudra pas hésiter à ouvrir l'articulation et à la traiter antiseptiquement.

La vulvite et l'ophtalmie purulentes seront traitées par des lavages avec une solution de permanganate de potasse au 1/4000^{e}, au 1/2000^{e} et au 1/1000^{e}.—L'ophtalmie purulente est modifiée avec succès sous l'influence des grandes irrigations avec une solution de nitrate d'argent à 1/1000^{e}. La vulvite purulente est plus tenace et peut s'accompagner d'accidents péritonitiques très douloureux,mais curables, (fomentations chaudes sur le ventre, onctions laudanisées, lavement d'antipyrine, de chloral, etc.).

Dans le cours de la scarlatine, les ulcérations limitées, mais profondes, ne sont pas rares, dans la bouche, sur la voûte palatine, le voile du palais et ses piliers. Ces ulcérations abandonnées à elles-mêmes donnent lieu à des désordres irréparables, à des perforations. Toutes ces ulcérations doivent être lavées plusieurs fois par jour avec des solutions antiseptiques, surtout après les repas ; elles seront avantageusement modifiées avec la glycérine résorcinée au 1/10^{e} et avec le crayon de nitrate d'argent. Le noma est exceptionnel. Nous en avons cependant observé un cas dans mon service de l'hôpital Trousseau : les plaques gangréneuses siégeaient à la face interne de la joue droite et sur les gencives ; sous l'influence des lavages répétés avec une solution de chlorate de potasse à 3 0/0 et des attouchements avec la glycérine résorcinée au 1/5^{e}, la gangrène s'est limitée, donnant lieu à une plaie qui s'est cicatrisée.

De la sérothérapie appliquée au traitement de la scarlatine. Sérum antistreptococcique de Marmorek. — Bien que l'agent pathogène de la scarlatine soit inconnu, il est incontestable que le streptocoque se rencontre chez tous les scarlatineux, que la maladie soit simple ou compliquée. Nous trouvons, en effet, le streptocoque, dès le début de la maladie, soit dans les fausses membranes qui tapissent la gorge, soit dans le mucus buccal ; nous le retrouvons dans les complications, soit

dans les bubons, soit dans les cavités séreuses. Il nous a semblé rationnel de chercher à prévenir les infections secondaires et les accidents toxiques, si fréquents dans la scarlatine, en injectant à nos petits malades une petite quantité de sérum antistreptococcique. Ce sérum, que nous devons à l'obligeance de Nocard, a été recueilli sur le mouton. Avant de l'injecter aux enfants, nous nous sommes, Nocard et moi, inoculés une dose de vingt centimètres. Cette inoculation a été suivie quelques jours après d'une éruption d'urticaire fugace.

En injectant ainsi, à tous nos petits malades, une cinquantaine environ, une dose minimum de cinq centimètres cubes de sérum antistreptococcique, nous espérions les mettre à l'abri de toutes les complications de la scarlatine. L'injection fut pratiquée au niveau de la région iliaque droite, avec toutes les précautions antiseptiques. Nous n'avons jamais eu un seul accident local. Cette injection, non douloureuse, est bien supportée. Nous n'avons relevé qu'un seul accident, imputable au sérum, et sans aucune importance, c'est-à-dire une éruption d'urticaire. Cette éruption est fréquente, se localise souvent au niveau de la région inoculée, se généralise quelquefois ; elle a une durée variable, de quelques heures à deux jours. Nous n'avons perdu aucun de nos malades injectés, mais je me hâte d'ajouter que nous n'avons nullement modifié la marche de la maladie, ni prévenu les accidents sur les ganglions sous-maxillaires, ou sur les reins. En un mot, les injections de sérum antistreptococcique n'ont engendré aucun effet nuisible, mais ne paraissent pas avoir mis les enfants à l'abri des complications propres à la maladie elle-même. Il y a lieu maintenant de se demander si, en opérant avec du sérum de cheval et en injectant une dose plus élevée, on n'obtiendrait pas des résultats plus favorables.

Prophylaxie.— La scarlatine n'a pas, comme la variole, son traitement prophylactique. Les inoculations préventives, tentées par Miquel d'Amboise et quelques autres médecins ont toutes échoué. Impuissants à prévenir la maladie par une vaccination, quelques médecins ont cherché à l'éviter par une médication prophylactique : la belladone, le sulfate de soude, le bi-iodure de mercure ont été tour à tour employés, et n'ont donné, ce qui était aisé à prévoir, que des résultats illusoires.

L'isolement et l'antisepsie constituent, à l'heure actuelle, toute la prophylaxie de la scarlatine.

Isolement.— Dans la pratique de la ville, l'isolement est d'autant plus difficile à réaliser que le poison scarlatineux est d'une ténacité extrême et que sa puissance contagieuse se conserve pendant des mois. Tout le monde connaît ces exemples de transmission de la scarlatine par un livre, par une lettre, ou par un habit oublié dix-huit mois dans une

malle. La contagiosité dure aussi longtemps que dure la desquamation ; or, il est difficile de déterminer le temps que la desquamation met à s'effectuer.

En géneral, elle est terminée au bout de six, huit semaines, mais elle se prolonge parfois pendant trois mois. Il en résulte que la durée de l'isolement pour la scarlatine, fixée à quarante jours, par le règlement de 1882, peut paraître insuffisante. Il est possible d'abréger cette durée grâce aux progrès de l'antisepsie. (Ollivier.)

Dès qu'un cas de scarlatine se déclare dans une famille,il faut séquestrer l'enfant rigoureusement et éloigner de lui tous les enfants qui n'ont pas encore eu cette fièvre éruptive. Les parents et les gardes qui restent auprès du malade doivent être aussi peu nombreux que possible et s'isoler eux-mèmes pour ne pas devenir des agents de propagation de la maladie. Tout enfant ayant été en contact avec un scarlatineux doit être mis en observation quarantenaire pendant six à douze jours.

L'*antisepsie prophylactique* comporte la désinfection du malade, de son entourage et de la chambre qu'il a occupée.

Désinfection du malade et des objets qui ont été en contact avec lui. —La diffusion des squames épidermiques constitue le mode de contagion le plus actif et le plus tenace. Cette diffusion sera très restreinte, si on prend soin de recueillir et de brûler toutes les squames qui se détachent du corps et tombent sur les draps et si on adopte la pratique des bains tièdes ou l'usage des onctions généralisées avec une pommade antiseptique (vaseline à l'acide phénique 1 0/0, au sublimé 1 p. 1000).

La maladie terminée, le malade prendra un grand bain au sublimé (5 grammes) et ne négligera pas de continuer la pratique des grands lavages de la bouche avec une solution antiseptique. Les selles et les urines seront désinfectées au moyen d'une solution de sulfate de cuivre à 5 0/0, ou de sublimé à 1 p. 1000.

Les personnes qui donnent leurs soins à un scarlatineux doivent être pénétrées de l'utilité des mesures prophylactiques qui leur incombent : changement de vêtements, nettoyage des mains et du visage avec une solution de sublimé au 1/4000e.

La désinfection de la chambre du malade s'obtiendra par les pulvérisations de sublimé au 1/1000e, pratiquées sur tous les murs à l'aide de la pompe Geneste et Herscher, par le lavage du parquet avec la même solution ; quant aux objets de literie et aux vêtements, ils seront portés à l'étuve et désinfectés par la vapeur sous pression Geneste-Herscher.

ALBERT JOSIAS.

١٨٨٢ سنه‌سی نظامنامه‌یه توفیقاً تعیین اولنان قرق کون مدت یك دون کوریئور ایسه‌ده اصول مضاد تعفناك ترقیاتی سایه‌سنده اشبو مدتك اختصاری ممکندر .

بر عائله‌ده قزیل خسته‌لق ظهور ایدنجه چوجغی شدتله محافظه ایتملی واشبو حماء اندفاعی‌یه هنوز مبتلا اولمین چوجقلری آنکله اختلاط ایتدرمامليدر . تعلقاتی وخسته‌نك یاننده بولنوب خسته‌یه باقان کمسه‌لرك چوق اولمامسنه و آنلرکده خسته‌لغك سرایتنه آلت اولمامليچون دیکرلریله اختلاطده بولنماملرینه دقت اولنمليدر .

قزیل خسته‌لقلی بر چوجغله تماسده بولنان هر بر چوجق آلتیدن اون ایکی کونه دکین قرانتنه مشاهده‌سی آلتنده بولندیرلمليدر .

وسائط تحفظیه عائد اصول مضاد تعفنی خسته‌نك و یاننده بولنانلرك وساکن اولدیغی اوطه‌نك صورت مکمله‌ده تطهیرات فنیه‌سنك اجراسندن عبارتدر .

خسته‌نك و انکله تماسده بولنان اشیانك تطهیری — تفلسات بشرویه‌نك انتشاری خسته‌لغك الك مؤثر الك قوتلی بر واسطه سرایتی بولندیغندن اکرچه تباق چارشبنه دوکیلوب بریکن قابوقلر کوزلجه طوپلانیلوب احراق ایدیله‌جك اولورسه وایلیق بانیولر و یاخود یوزده بر حامض فه‌نیکلی و بیکده بر سوبلیمه‌لی وازه‌لین ایله بدنك هر طرفنه مضاد تعفن طلاآت اجرا قلنه‌جق اولورسه قابوقلرك انتشاری مع مافیه خسته‌لغك سرایتی تحدید ایدلمش اولور ،

خسته‌لق نهایت بولنجه خسته بش غرام سوبلیمه‌یی حاوی عمومی بر بانیویه کیروب مضاد تعفن محلوللرله فنی تطهیر ایتمکده اهمال ایتماملیدر . مواد غائطه‌سیله ادراری یوزده بش کبریتیت نحاسلی و یاخود بیکده بر سوبلیمه‌لی محلوللرله تطهیر ایدلمليدر .

قزیل خسته‌لقلیلره باقن کمسه‌لر دائما البسه‌لرینی تبدیل ایدوب اللرینی و یوزلرینی ١ —— ٤٠٠٠ نسبتنده سوبلیمه محلولیله ییقامق مجبوریتنده بولندقلرینی اونوتماملیدر .

خسته‌نك اوطه‌نك تطهیراتی ١ —— ١٠٠٠ سوبلیمه‌نك دیوارلره وطوانلره تبخیری ودوشمه تخته‌سنك کذا عین محلول ایله غسلیله اجرا قلنور . یتاق طاقملریله البسه‌لر دخی ئه‌تووه وضع ایدیلوب تحت تضییقده‌کی بخار ایله تطهیر ایدیلور .

آلبه‌ر ژوزیاس

ایدیور ایدك . شرینغه حمرهٔ حرقفیهٔ یمنــا خذاســنده قواعد مضاد تعفنیه‌یه رعایت اوله‌رق اجرا ایدلمشدر .

بو اصول ایله هیچ برعارضهٔ موضعیه حاصل اولمــامش و وجعناك اولمین اشبو شرینغه پك قولای تحمل ایلمشدر . سرومه اسناد اولنه‌بیلن انجریه اندفاعندن ماعدا برعارضه مشاهده اولمامشدر . اکثریا واقع اولان ابو اندفاع علی‌الاکثر شرینغه ایدیلن ناحیه‌ده واقع اولوب بعضاً دخی تعمم ایدر و برقاچ ساعتدن بر قاچ کونه قدر تخلف ایدن برمدت دوام ایدر . شرینغه ایتدیکمز خسته‌لردن هیچ برینی غیب ایتمدکســه‌ده خسته‌لغك ســیرینی اصلا تبدیله عقد تحت الفکیه ایله کلیه جهتده‌کی عوارضك توقیفنه اصلا موفق اوله‌مدیغمزی درمیان ایدرم .

الحاصل مضاد استرپتوقوق شرینغه‌لر هیچ برعارضهٔ مضره تولید ایتمامشلرســه‌ده چوجقلری خسته‌لغه مخصوص اختلاطاتدن مصون قالمامشلردر . بوحالده مصل فرس ایله اجرای عمل اولنوب دهــا زیاده برمقدار شرینغه ایدلدیکی تقدیرده نتایج موافقه استحصال ایدیلوب ایدیله‌میه‌جکی جای سؤالدر .

قواعد تحفظیه — قزیل خســته‌لغك جدری مثللو تداویٔ تحفظیسی یوقدر . میکل دامبواز ودیکر بعض اطبــا طرفندن تجربه ایدیلن تحفظی شرینغه‌لرك کافه‌سی بیهوده‌در . بعض اطبا خسته‌لغی بر نوع تلقیح واسطه‌ســیله منعه موفق اوله‌مدقلرندن لقاح وکبریتیت ســود ومتنا ایود زیبق مثللو بر تداویٔ تحفظی واسطه‌ســیله برطرف ایتمکه جحد ایتمشلرسه‌ده ینه نتایج موافقه‌یه دسترس اولنه‌مامشدر .

اصول تجرید واصول مضاد تعفن قزیل خســته‌لق حقنده‌کی اصول تحفظیه‌نك هیئت مجموعه‌سنی تشکیل ایدرلر .

اصول تجرید — شهرلرده اصول تجریدك اجراسی قزیل خســته‌لغك سمنك مقاومت فوق‌العاده‌سی وقوهٔ ساریه‌سنك آیلرجه دوام ایتمسی نسبتنده متعسردر .

برکتاب و بر مکتوب و یاخود بر صندقده اون سکز آی اونوتلمش بر البســه واسطه‌سیله قزیل خسته‌لغك سرایتی مسئله‌سی جمله‌جه مسلمدر .

دور تفلس نقدر چوق دوام ایدرسه سرایت دخی اولقدر دوام ایدر. علی‌العموم قزیل خســته‌لغك تجریدی آلتی هفته‌دن ســکز هفته‌یه قدر و بعضاً اوچ آیه قدر امتداد ایدر . بوندن انتاج اولندیغنه کوره قزیل خسته‌لق حقنده‌کی تجرید فرانسه‌ده

موفقیتله تداوی اولنه‌بیلور . التهاب مهبل متقیح زیاده معند اولوب غایت موجع التهابات پریطونیه ایله مترافق اولورسه‌ده (بطن اوزرینه تکمیات حاره و آفیون روحلی طلالر وقلورال و آنتیپیرین مثللو ادویه احتقانلری) سایه‌سنده قابل تشفیه‌در.

قزیل خسته‌لغك اثنای دوامنده درون شراع الحنکده وقبه الحنکده وشراع الحنکك سویقاتی اوزرنده تقرحات مزبوره محدود لکن عمیق تقرحاتك وقوعی نادر دکلدر .

تقرحات مزبوره علی حاله ترك اولندقلرنده غیر قابل تعمیر تغیرات وتثقبات حاصل ایدرلر . تقرحات مزبوره‌نك کافه‌سی کونده بر قاچ دفعه علی‌الخصوص طعاملردن صکره مضاد تعفن محلوللرله ییقانوب اونده بر ره‌زورسینلی غلیسرین وجهنم طاشی قلمیله طوقونیله‌رق اصلاح وتعدیل ایدیلورلر . بونلرده غانغرن فم نادرالوقوع ایسه‌ده تروسسو خسته‌خانه‌سنده‌کی سرویسمده مشاهده ایتدیکم بوخصوصده لوایح غانغرنائیه حد ایمن وجه داخلیسنده ولثان اوزرنده بولنوب یوزده اوچ نسبتنده قلوریت پوتاس محلولیله اجرا قلنان غسللر و بشده بر ره‌زورسینلی غلیسرین ایله تماسلرك تأثیریله غانغرن محدودلشه‌رق تبذی ایدن برجرحه‌یه تبدل ایتمشدر .

قزیل خسته‌لغك تداویسنه تطبین ایدیلن تداویٔ بالمصل -- مارموره‌كك مضاد استرپتوقوق مصلی — قزیل خسته‌لغك عامل مرضیسی هرنقدر مجهول ایسه‌ده خسته‌لق بسیط ویا مختلط اولسون استرپتوقوق قزیل خسته‌لغك هر برنوعنده تصادف اولنور . فی‌الواقع خسته‌لغك تا بدایتنده کرك خلقومی تفریش ایدن اغشیهٔ کاذبه‌ده وکرکسه مخاط فیده استرپتوقوقلره تصادف اولنمقده‌در . اختلاطاتنده ایسه التهابات عقدیه‌ده واجواف مصلیه‌ده بولنمقده‌در . قزیل خسته‌لقده کثیرالوقوع اولان انتانات تالیه ایله عوارض تسممیه‌یی منع ایتمکچون چوجقلره مضاد استرپتوقوق مصل ایله شرینغه ایتمکی مناسب عد ایتدك که مصل مزبور معلم نوقارك همتیله قویون اوزرندن جمع ایدلشدر . بونی چوجقلره شرینغه ایتمزدن اقدم نوقار ایله برلکده کندی‌کندیمزه یکرمی سانتیمترو مکعبی شرینغه ایتدیکزده اشبو شرینغه‌یی متعاقب چند کون صکره سریع الزوال برانجریه اندفاعاتی ظهور ایتمشدر .

بووجهله خسته چوجقلرك کافه‌سنه شرینغه‌لر اجرا ایدلمك اوزره اللی چوجق اوزرنده تطبیق ایدیلوب مضاد استرپتوقوق مصلدن بش سانتیمترو مکعبلك برجدا صغر ایله آنلری قزیل خسته‌لغك کافهٔ اختلاطاتندن مصون قیله‌بیله‌جکمزی امید

مؤثر بر اصول تداوی‌یه‌ده عرض احتیاج ایتمز . روژه طرفندن تانن غایت ثنـا ایدیله‌رك توصیه ایدلمشدر .

القولاتور داقونیت	۱۰	طمله
تانن	۰،۲۰	غرام
جلاب ضمغی	۱۰۰	غرام

هر ایکی ساعتده بر طاتلی قاشیغی اعطا اولنه .

کذلك (یوکسـك اوتی وعنصل) مثللو مدررات ایله (حلیت آمونیاق و آزوتیت پیلوقارپین مثللو معروقات وعلی‌الخصوص حین موجود اولدیغی زمان سـنه کوره) (۰،۲۵ الی ۰،۵۰ سانتیغرام مقداری جذر محموده و ۰،۵۰ غرام مقداری سـفوف جالاپ و ۵ : ۱۵ غرام اوودی‌وی آلماند) کمال استفاده ایله استعمال اولنه‌بیلور .

اختلاطات قلبیه وتقیحات اغشیهٔ مصلیه قزیل خسته‌لغه هیچ برتداویٔ خصوصی علاوه ایده‌مزلر .

التهاب اذن خارجیلر ومتوسطلر دخی اشبو فصلك بدایتنده ذکر ایتدیکمز وجهله همان کشـف اولنور اولنمز تداوی ایدلمیدرلر . بوبابده اهمال ایدیله‌جك اولورسـه (التهاب حجیرات حلمیه و التهاب السحایا) مثللو عوارض مدهشـه سرنمای ظهور اوله‌بیلور .

قزیل خسـته‌لغك رثیه‌سی علی‌الاکثر صفصافیت سـود استعمالیله کسب خفت ایدرسـه‌ده مؤوف اولان مفاصلك کافه‌سنی باموقلرله صاروب حرکتدن تعطیل ایتمك لابددر . مستثنا اوله‌رق اغشـیهٔ مصلیهٔ مفاصل کرك مصل و کرك قیح تراکمیله محتد اولورلرکه بومثللو احوالده تبذیل اجراسـیله جوف غشاء مصلی دروننه (حامض بور وحامض فه‌نیك و مانغانیت پوتاس) مثللو مضاد تعفن محلوللر زرق ایدلدکدن صکره طرف مریض حفظ وحرکتدن منع ایدلملیدر . تکرار قیح تراکم ایدر وحال عمومی کسب وخامت ایدرسه مفصلی قواعد مضاد تعفنیه‌یه رعایتاً شق ایدوب اووجهله تداوی ایتمکدن اجتناب ایتاملیدر .

التهاب مهبل ایله رمد متقیحلر ۱ــــ۴۰۰۰ و یا ۱ــــ۲۰۰۰ و یا ۱ــــ۱۰۰۰ نسبتنده فون مانغانیت پوتاس محلوللریله مکرراً غسل ایدلمك اوزره تداوی ایدلملیدرلر . رمد متقیح ۱ــــ۱۰۰۰ نسبتنده آزوتیت فضه محلولیله بولجه یقانمق صورتیله حسن

الزمدر . قزيل خستهلقدهکی التهاب عقديه اولدقجه نشو ونما بولدقده تيمار رطيبلرله تداوی ايديلوب تقيح وقوعنده سائر خراجات مثللو بعدالشق اصول مضاد تعفنه تطبيقاً تداوی ايديلور .

خلقومك انتانات ابتدائيهسيله عقد فكیٔ رقبينك انتانات نالیهسی ازدياد مسائيله موصوف حماء دائمی ايله مترافقدرلركه بوحالده بومثللو اطفاله برايكی غرام مقدارنده كليجه آنتیپيرين اعطا ايديلوب تغديهٔ لبنی وتداویٔ كنئولیبه دوام ايدلمك اوزره قواء بدنيهنك ادامهسنه دقت اولنمليدر .

عوارض كليويه — قزيل خستهلقدن متولد عوارض كليوبه مقدم و يا مؤخر اولدقلری مثللو اكثريا اندازی محترز و زخيمدر . طبيب وظيفهٔ مودوعهسنی بحق ايفا ايله هركون ادرارك معاينهسنه اهتمام ايتمكده ايسه زلالك موجوديتيله تحيرده قالماملیدر . عوارض كليويهٔ مزبورهنك دفع ومنعی خصوصنده يتاقده استراحت مطلقه توصيه ايديلوب تبرداتدن وقايه ابدلملی و پرهيزه رعايت ايديلهرك خسته مطلقا پرهيز لبنیٔ تامه تابع طوتلمليدر . هرنقدر احتياطات وتقيدات اجرا ايدلسه بيله ينه بعضاً حين ايله مترافق و يا غير مترافق التهاب كليه حصوله كلهبيلوركه اشبو التهاب كليه سرعتله وخامته مبدل اولور و ياخود امتداد ايدوب كسب خفت برله شفاياب اولور . هرحالده پرهيز لبنیيه لزوم قوی واردر . بونكله برابر هر ايكی ناحيهده محجم يابسلر الصاق ايديلهرك و ياخود صباح اخشام خردال ياقيلری كزديريلهرك ناحيهٔ قطنهلر تصريف ايديلور . اكرچه افراغ بولی كليتليجه تناقص ايدرسه عدم تبول حصوله كلورسه بهر ناحيهٔ قطنهيه اوچ عدد قانلی محجم لصقی وهر اوچ ساعتده بر اولمق اوزره كونده برقاچ دفعه ٢٠ درجهٔ حرارتده بارد احتقانلری اجراسندن كيرو طورلماملیدر .

بعض خصوصاتده تزرقات بينالوريديه وفصد الدم عمومی عملياتلرينه بيله مراجعت ايدلمشدر . اكرچه عدم تبون دوام ايدوب تبول دم حياتی تهديد ايدرسه استحمام بارد وقافهئين تزريقاتی ومولد الحموضه استنشامی مثللو وسائطه مراجعتله افراغ بوله خدمت ايدلمليدر .

قزيل خستهلقدهکی التهاب كليهنك ادوار مرضيهسی اولقدر شدتلی ظاهر اولمزسه

قزیل خستەلغك اختلاطاتی — قزیل خستەلغك اختلاطاتی میاننده ایکیسی وخامت وکثرتی جهتیله برنجیلکی احراز ایدرلرکه بونلرده شبه اغشیهٔ کاذبەلی خناقلرله عوارض کلیویەدن عبارتدرلر . قزیل خستەلغك خناقی بحثنده قزیل خستەلغك تشخیصی تأسیس اولنور اولنمز انتاحات ویا محاط خلقومیەنك طبیعت مقروبیولوژیەسنك تعیننی توصیه ایتمشیدك . کولتورلرك معاینهٔ باقتریولوژیەسی استرپتو قوقلی و یا استافیلو قوقلی و یاخود لەفلر باسیلنی حاوی برخناقك موجودیتنی ایما ایدنجه خط حرکتمز بالسهوله تعین ایدەجکدر .

استرپتوقوقلی و یاخود منفرد و یا مجتمع استافیلوقوقلی برخناق غشائی موجودیتی تحقق ایدنجه بالاده بیان وتعریف ایدلدیکی وجهله فم وخلقومك مضاد تعفن برمحلول ایله مکرراً تطهیری واونده و یاخود یکرمیده بر رەزورسینلی غلیسرین ایله خلقومك طلا ایدلمسی لزومی قطعیاً توصیه اولنور .

لکن معاینهٔ مقروبیولوژیه لەفلر باسیللرینك موجودیتنی ارائه ایدرسه بلا تأخر چوجقلره رو مصلیله شرینغه اجراسنه شتاب ایدلملیدر .

عمومیت اوزره دیەبیلورزکه قزیللیلردەکی خناقات غشائیهٔ مؤخره دیفتری جنسندندرلر . قزیله مبتلا برچوجقده برخناق غشائینك ایلك کونلرنده خلقومی ماء مغلی ایله و یاخود یوزده اوچ بوریکه محلولیله ییقامقله اکتفا اولنوب لیمون صویله خلقومه تماس و یاخود اونده بر بوریتلی بر مضمضه استعمال اولنملی واغشیهٔ کاذبەنك تشخیص مقروبیولوژیەسی تأسس ایتمزدن اقدم دها مؤثر مداوانه تشبث اولنماملیدر . بوصورتجه برخناق دیفتریائی متحده موجودیتی تحقق ایدرسه مضاد توقزین مصلك تأثیراتی تعدیل ایدلمامش اولور. شقنك ایکیسندەده خستەیه هیچ برمضرت ترتیب ایتمز.

قزیل خستەلغك اغشیهٔ کاذبەلی خناقلری علی‌الاکثر التهاب عقد تحت الفکیه ورقبیه ایله مترافقدرکه التهابات مزبوره بنیهٔ لنفاوینك التهابات عقدیەسیله تخلیط ایدلمامیدر. آز چوق محجم وموجع اولان التهابات عقدیهٔ مزبوره استرپتو قوقلرده انتانندن متولد قیاس اولنوب بعضاً ارتشاف و بعضاً تقیح ایدرلر . تموج حس اولنتجه بونلر شق ایدلمیەجك اولورسه جلدك اقسام تحت الجلدیەنك انفصالی وغانغرن اولمسی و آندن متولد نتایجك ظهوری محتملدر . قزیلدەکی التهابات عقدیه عوارض خناقیەنك متعلقاتندن اولوب بوحالده یوزده ایکی نسبتنده حامض فەنیك مثللو مواد مضاد تعفنیهٔ مؤثره ایله خلقومك طلاسنی ومحلوللرله غسلنی تکثیر وتزیید ایتمك

يبوست جلديه وهبوط قوا ايله برلكده حرارتك ازدياد فوق العاده‌سنده مستعمل بر اصول عاجل تشكيل ايدر .

الحاصل استحمام بارد قزيل خسته‌لغك شكل وخيمنه قارشو اك مؤثر برچاره اولوب آنك قنغی عرضی غالب اولورسه اولسون بونك استعمالندن استفاده ايديلور . معمافيه اشبو استحمامك تأثيری قطعی اولميوب برتداوی خصوصيه پيشرو اوله‌بيلور . قلورال ومركبات بروميه ومسك (هذيان واختلاج) مثللو علائم تهيجيه‌يه قارشو شايان استعمال مسكنلردن عبارتدرلر .

مائيت قلورال		٠،٥٠	غرام
بروم پوتاسيوم		٠،٥٠	غرام
صبغ مسك		١٠	طمله
نعنه شروبی)			
ماء مقطر)	بهرندن	٣٠	غرام

ساعت باشنه بوندن بر قهوه قاشيغی

ياخود :

مسك	٠،١	غرام
فحميت آمونياق	٠،٢	غرام
شروب	٤٠	غرام
صو	٨٠	غرام

بوندن كونده ٤—٦ قهوه قاشيغی استعمال اولنه .

ضعفيت وهبوط قوا ايچون كئول وقهوه وفحميت وخليت آمونياق ايله لقمان روحی وقافه‌ئين شرينغه‌لری استعمال اولنور .

بوندن ماعدا كونده بر ايكی دفعه جزؤی كهرچه‌لی صو درونده بروجه آتی شروبدن اعطا قلنور .

سكنجبين عضلی	٣٠	غرام
يوكسك اوتی شروبی	٤٠	غرام

ياخود :

فحميت آمونياق	٢	غرام
عادی شروب	٣٠	غرام
صو	١٠٠	غرام

چوجغك سننه كوره اشبو ترتيبدن هر ايكی ساعتده برقهوه ويا طاتلی قاشيغی استعمال ايديلور ،

خبيث الطبيعه برقزيل خستەلغه قارشو اعتدالكارانه حركت عين قباحت اولوب سرعتله تأثير ايدوب استحمامات بارده توصيه ايدلەرك ايجاب حاله شدتله تشبث ايدلمك لازمكلور . صويك درجهٔ حرارتی چوجغك سننه كوره ١٨—٢٥ درجه بيننده بولنمليدر .

اثنای استحمامده علی الخصوص هذيان موجود ايسه ١٠ درجه حرارتده‌كی صودن باشه واكسه‌يه دوكمك ايجاب ايدر . چوجق نقدر كوچك ايسه بانيولرك مدتی اولقدر آز اولوب ٥ و ٧ و نهايت ١٠ دقيقه‌يی متجاوز اولمامليدر . علائم عموميه ايله عكس عمل حمينك شدتنه نظراً ايجابی قدر صيقجه اوله‌رق بانيولر تكرارايديلور . حاء مستقيمك درجهٔ حرارتی هر اوچ ساعتده بركره معاينه ايديلوب مقياس حرارت ٣٩ درجه‌يی و يا آنك فوقنی ارائه ايدنجه بانيو تكرار ايديلور . بانيويی اون اونبش دقيقه متعاقب چوجغك درجهٔ حرارتی آله‌رق استحمامك درجهٔ تأثيرنی دائما تفتيش ايتمك جالب محسناتدر . خصوصات حسنه‌ده حمام بارد درجهٔ حرارتی تنزيل واغتشاشات عصبيه‌يی تسكين واندفاعاتی تسهيل ايتمكله برابر غايتله صحتبخش برافراغ بولی حاصل ايدر .

مع التأسف قزيل خستەلغك اشكالی خبيثه‌سی علی الاكثر طبيبك تخمينی تكذيب ايدرلر . نه استحمام ونه‌ده قافەئين شرنغه‌لری ونه‌ده مهيجان منتشره استعمالی ونه‌ده مولد الحموضه استنشاماتی حرارتك ازدياد فوق‌العاده‌سنی وهذيان ايله مترافق زئير قلبيلرك ضعفيتنی وهبوط قوايی دافع اوله‌مز . بوكبی خصوصات اليمه‌ده خستكان برقاچ ساعت و ياخود برقاچ كونلك راحتسزلك عقبنده هلاك اولورلر .

ديكر تداوی بالماء اصوللرينك اهميتی بوكا معادل دكلسه‌ده فاميلانك عدم قبولی و ياخود مشكلات ماديه ظهورنده استحمامات بارده يرينه مغسلات بارده وايصلق چارشبلره صارمق جهتلری التزام قلنور . مغسلات بتون بدن اوزرينه ٢٠ درجهٔ حرارتده‌كی صو ايله ايكی اوچ دقيقه ظرفنده اجرا قلنوب صغوق چارشبلرله صارلدقده اون دقيقه قدر دوام و بركونده اوچ درت دفعه تبديل قلنمليدر . مغسلات بارده ديكرينه مرجح اولوب اشبو اصول تبريد ١٧٩٨ سنهٔ ميلاديه‌سنده كوررى طرفندن استعمال وتوصيه اولندی . تروسسويه كوره اصول مزبور قزيلی خستەلغك اشكال وخيمه‌سنك اك موافق طرز تداويسی عد اولنوردی . عمليات مزبوره ايسه ١٨—٢٥ درجهٔ حرارتده برقاچ قوغه صويی بوش بربانيويه كيرمش برخستەنك اوزرينه دوكوب بعده آنی ايصيدلمامش برچارشبه صارمقدن عبارت ايدی . صغوق صو سرپك

و يوزده بش واوچ وايكى فه‌نيكه و بيكده بر آسيد تيميك و يوزده بر حامض صفصاف) محلوللريله مغسلات كيره اجرا ايديلوب مغسلات مزبوره‌دن ماعدا (يوزده بر بوريكه‌لى و يوزده بش صفصافلى و يوزده بش ويا اون ره‌زورسينلى غليسريندن) عبارت مضاد تعفن برمضمضه‌يه باتيرلمش مصفا پنبه پووارلقيله بوغازه طلا وتماس ايدلمك لابددر . پارسده تروسسو خسته‌خانه‌سنده خناقك انتناحات غشائيه ايله مترافق اولوب اولمديغنه نظراً چوجقلرك بوغازلرينه يوزده بش و يا اون صفصافلى غليسرين ايله طلا ايديلوب يوزده اوچ بوريكه و ياخود يوزده بر فه‌نيكه محلوللريله قوتلى غسللر اجرا ايدلمكده‌در . مغسلات انفيه‌يه چوجقلر كوجلكله تحمل ايده‌جكلرندن بونلر ترك ايدلمليدرلر . بوندن ماعدا مغسلات انفيه مؤثرات مقروبيه‌يى نفير اوستاكى‌يه ادخال‌ايله قولاقلر جهتندن انتانات تاليه‌يه باعث اولملرى و بونوع التهاب اذنلرك غايت وجعناك اولوب تقيحه ميللرى والى‌نهايه دوام ايتمك محذورلرى واردر .

بردرجه‌يه قدر اتقاع ايديلن اشبو التهاب اذنلرك يانده طبيب آكثريا التهاب اذن متوسط وخارجىٔ متقيحلرك تداويسيله‌ده اشتغال ايده‌جكسه‌ده آنلر يوزده برحامض فه‌نيكلى برمحلول ايله قولاقلرك ييقانوب بشده بر ياخود اونده بر ره‌زورسينلى غليسرين و ياخود بهر غرامنه برطمله فوق قلور حديد طملادلمش غليسرين ايله ايصلادلمش پاموق پووا ـ لغنك خسته قولاغه ادخالندن عبارت اولان اصول تداوى ايله چند كون ويا چند هفته ظرفنده قابل برؤ وشفادرلر .

حفرتين انفيتينك طهارت فنيهٔ كامله‌سى يا بوريكه‌لى زيت تقاطريله و ياخود برون دليكلرينه بوركه‌لى وازه‌لين ايله مشبوع كوچك پووارلقلر ادخاليله اجرا قلنور .

الحاصل كوچك قيزلرده مهبلدخى هركون آنتيسه‌پتيك محلوللرله لايقيله غسل ايدلمليدر زيرا انلرده التهاب مهبل بسيط ومتقيحلر پك چوقدر .

غير طبيعى شكلده‌كى قزيل خسته‌لقلر— درجهٔ حرارتك فوق‌العاده‌لكيله عوارض عصبيه قزيل خسته‌لغك اشكالى غيرطبيعيه‌سنه عائد اولوب خسته‌لغك خباثتنى ايما ايدرلر. حرارتك فوق‌العاده ازديادى يالكز شـنه قزيل خسته‌لغك خباثتنى تشكيل ايتميوب درجهٔ وخامت انتان عمومينك شدتيله تخمين قلنور . بوحالده اكا قارشـو (آنتى‌پيرين و آنتى‌فه‌برين وكنين وحامض صفصاف) مثللو ادويهٔ مضاد حماويه استعمالى بيهوده‌در . قزيل خسته‌لغه مبتلا خستكانك ادرارلرينك هركون معاينه‌سنك درجهٔ لزومى و بو وسيله ايله كليه‌لرك احوال صحيه‌لرينك تدقيقى حقنده اولجه‌ده اصرار ايتديكمزدن مضاد حمـا ادويه‌نك نسج خاص رئه‌يى آز چوق تحريش ايدرك عضو مذكورك فعاليت مخصوصه‌سنى تهديد ايده‌بيله‌جكلر بنده درميان ايتمليز .

ايدن اوچ و آلتى وسكز هفته ظرفنده اوطه‌ده قالمغه مجبور بولنديغندن بوتدبير صحى‌يه سائر حمياتدن زياده رعايت اولنمليدر .

اوطه‌نك حرارتى (١٨ــ٢٠) درجه بيننده اولمق اوزره برحرارت معتدله ودائمه‌ده بولنديرلمليدر اسكيدن جارى اولديغى وجهله خسته‌لرى پك صيجاق محلده طوتوب برچوق شيلرله اورتمك اصول قبيحى اليوم متروكدر .

پرهيز لبنى‌يه كمال تقيدله دوام اولنوب هيچ اولمزسه دور حمويده بوكا رعايت اولنورسه التهاب كليه اختلاطاتنك اوكى آلنمش اولور .

دها صكره اون بشنجى و يكرمنجى كونه طوغرى چوربالرله رافادن يومورطه‌يه مساعده اولنه‌بيلور .

ادرارك معاينهٔ يوميه‌سى طبيبك اغذيه حقنده‌كى مساعداتنى تعديل ايده‌بيلوركه مومى‌اليه تبول زلال ايله مترافق ادرارك نقصنى مشاهده ايده‌جك اولورسه تشديد انتباه برله خسته‌لرينك قطعياً پرهيز لبنى‌يه تابع بولنمسى خصوصنده اصرار ايتمليدر .

فى‌الواقع قزيل خسته‌لقليلرك افرازات كليويه‌يى تزييد وتوقز ينلرك دفع وطردينى تسهيل ايچون زياده مقدارده سرنجه مشروبات استعمال ايتملرى ايجاب ايدر . قزيل خسته‌لقليلر بر حال نظافت مكمله‌ده بولنديرلملى و هر كون ايليق يوزده اوچ بوريكه صولريله ييقانملرندن وحتى ايليق بانيولر ترتيب اولنمقدن چكنلمامليدر . اشبو استحمام برئ التهلكه اولوب كوچك خسته‌لرك جلدلرنده‌كى حكه‌يى وحرارت احتساساتنى تسكين ايتمكله تسليه‌لرينه مدار اولور .

قزيل خسته‌لغك مادهٔ مولد مرضيه‌سنك تعيننه هنوز تحريات باقتريولوژيه كفايت ايتميورسه‌ده تحريات مزبوره اتانات تاليه‌نك وظيفهٔ مهمه‌سنى تقدير خصوصنده بزه مدار اولورلر . قزيل خسته‌لغه مخصوص اختلاطاتك باشلوجه‌سى استرپتو قوقلردن نشئت ايتديكى بديهيدر . برتداوئ موضوع ومؤثر تعيين وترتيب اولنمزدن اقدم هر برطبيب بوغازك محصولات غشائيه و ياخود محاطيه‌سيله مصل اوزرنده كولتورلر ياپمغه چالشمليدر . بو صورتله خسته‌سنك خناقك طبيعت مقروبيه‌سى حقنده برمعلوماته دسترس اولوب عوارض مدهشه‌يى وقتيله برطرف ايتمكه موفق اولور . اشبو خناق اكثريا استرپتو قوقلرك ومنفرد و يا متحد صورتده بياض و يا مذهب استافيلو قوقلرك موجوديتيله موصوف اولوب (له‌فلر) باسيللرينك موجوديتميده ايما ايده‌بيلور . اشبو خناقك طبيعت انتانيهٔ محققه‌سى طرز حركتمزى بزه اخطار وارائه‌يه كافيدر . چوجقلرك آغزلرينه و برونلرينه قيناتمش صو ايله و ياخود (يوزده اوچ بوريكه

١ — اجرا ایتدیکمز شق بطنی‌یه .
٢ — همان ختام عملیاتده مصل صناعینك استعمالنه .
٣ — جذره ایکی طبقه ربط وضع ایدیلوب اوعیه‌نك دخی آیرو آیرو ربط اولنمسنه عطف ایدیله‌بیلور .
ظن عاجزانه‌مه کوره ترکیاده ضخامهٔ مرزغیده حسن نتیجه ایله نهایت بولان ایلك استیصال طحال عملیاتی بوندن عبارتدر .

دوقتور جمیل

قزیل خسته‌لغك تداویسی

شکل خفیف — اشکال غیر طبیعیه — اختلاطاتی — خناقلرده معاینهٔ باقتریولوژیه‌نك اهمیتی — (مصل مارمورك) واسطه‌سیله قزیل خسته‌لغك تداویسی حقنده تداویٔ بالمصلك تطبیقی — تدابیر تحفظیه .

قزیل خسته‌لق حمیات اندفاعیه‌نك کافه‌سندن زیاده انکشاف و وخامتجه تبدلات عظیمه ابراز ایدن برمرض اولوب فرانسه‌ده اولدقجه منتظم وسلیم الطبیعه ایسه‌ده اشکال خبیثه‌سی وآز چوق مدهش اختلاطاتله مترافق اولنلریده واردر .
بوسببدن طبیب دائم الاوقات قزیل خسته‌لغك طروز مختلفه‌ده مرئی اولوب انذار وتداویسی خصوصنده متبصرانه و احتیاطکارانه طورانمق ایجاب ایتدیکنی اونوتمامليدر .
عادی، و بسیط اولان قزیل خسته‌لق خصوصی برمداواته محتاج اولمقسزین شفایاب اولور . ومداوات مقتضیه شدتلی برحفظ الصحه ایله انتانات تالیه وانلرك نتایجنی منع ایتمك خصوصنده اتخاذی لازمکلن موضعی و عمومی برآنیتسه‌پسیدن عبارتدر .
تجدید هوا وتغدیه ونظافت تداویٔ صحینك اساسنی تشکیل ایدرلر . چوجق واسع مضی وهوادار اوطه‌ده تجرید ایدلملی وخسته تفلسك دور اخیرینه دکین کذران

انزفه طحالك ملاصق اولديغى بر نقطه‌دن بر بيوجك وعاءدن وقوعه كلور و ياخود وريد طحالى مثللو بر بيوك وعانك شقندن و ياخود جذرك ايوجه ربط اولنمامسى سائقه‌سيله بر ربطك تمزق ايتمسندن ايلرو كلور ،

انزفه يالكز مكلات عمليه‌دن نشئت ايتميوب انزفه‌يه اولان استعداد مخصوصدن دخى نشئت ايتمك اوزره تاليدخى اوله‌بيلورلر .

كسب ضخامت ايدن طحالك حجم كبيرى داخل حساب ايدلملكه شايان كيفيتدر خواجهم موسيو به‌آنه كوره وزن طحال ٣–٤ كيلويه ارتقا ايتدكجه عملياتك حسن نتيجه‌لنمك احتمالى آزالور .

شمدى‌يه دكين موفقيتله استيصال اولنان اك بيوك طحال دوقتور فريچ‌لك عملياتى اولوب ٢٥٠٠ غرام و ١٨٧٦ سنه‌سنده پارس اماكن الصحه غزته‌سنده نشر اولنان به‌آنكلكى ايسه ١١٢٥ غرام كلمشدر . بوحالده ذات عاليلرينه بحثده بولنديغم طحال حجماً ايكنجى كلوو .

عرض ايتديكم وجهله استيصال طحال عملياتى طحال متحرك وطحال جرحى ايچون اولورسه ضخامت مرزغى وضخامت كريوات بيضائيدن زياده حسن نتيجه حاصل ايدر .

بوحالده وفياتده مشهود اولان بواختلاف عظيمى‌نه‌يه اسناد ايتمليدر ؟ . دوقتور هارتمانك افاده‌سنه نظراً خصوص مزبور تفتق ايدن و ياخود تبديل موقع ايدن طحالك استيصالك اجرا قلنديغى شرائط مخصوصه ايله ايضاح قلنه‌بيلور .

طحال تبديل موقع ايتدكدن صكره حجاب حاجزك قبه‌سيله التصاقات كسب ايده‌مديكندن ضخامهٔ مرزغى وكريوات بيضائيده‌كى باشلوجه تهلكه اشبو التصاقاته اسناد ايديلور .

بزه كوره هارتمانك ايضاحنه شوراسنبده علاوه ايتمليدركه ضخامهٔ مرزغى وكريوات بيضائيده خسته اكثريا شايان ممنونيت اولميه‌جق برحالده بولنوب بوسببدن دائما ضعيف وفقير الدم و سوء القينوى اولملغه دمنك تركيبى دخى تغير ايتمش اوله‌جغندن خسته بالطبع استيصال طحال عملياتنه ايو تحمل ايده‌مز حالبوكه طحام متحركده خسته‌نك صحتى برنده اولديغندن عملياته دها كوزل تحمل ايدر وعمليات دخى آنجق برقاچ دقيقه دوام ايدر .

ذات عاليلرينه مشاهده نامه‌سنى قرائت ايتديكم خسته‌ده طحالك حجم كبيرى والتصاقات عميقه‌نك موجوديتيله برابر ينه حسن نتيجه استحصال ايديلشي :

پارهسنی متعاقب تفتق ایدن برطحالی استیصال ایتمشدر . لکن آدهلمانه کوره دوقتور کینانیوم ۱۸۲٦ سنهسنده استیصال طحال عملیاتنی اولا اجرا ایتمش ایسهده خستهسی التی ساعت صکره وفات ایتمشدر .

۱۸٦۷ سنهسنده پهآن طرفندن و ۱۸٦٥ سنهسنده اسپنسهرووهلس طرفندن اجرا قلنوب شهرتدار قالان عملیاتلردن اعتباراً فن جراحیٔ حاضرجه استیصال طحال برعملیات مشروعه اولهرق قبول اولندیمی ؟ .

وهلس ایله پهآنك عملیاتلری ابتدای امرده طحال مرضیسی استیصال ایدیلن برشخصك پك کوزل یشایهبیلهجکنی میدانه قویمقده اولدیغندن بو واسطه ایله دخی او آنه دکین جروحی متعاقب استیصال طحال ایله استحصال اولنان نتایجی تصدیق ایتمشدر .

افندیلر ! معلوم اولدیغی وجهله استیصال طحال بروجه آتی تعداد ایدهجکم بش خصوص ایچون اجرا قلنور .

۱ — جرحی متعاقب اولهرق و یاخود اولمیهرق جدار بطنك بر جرحهسی یاندن تفتق وقوعندهدرکه بوبابده اجرا قلنان ۲٥ عملیاتدن ۲٤ عددی شفایاباً نتیجهلندیکیچون شایان دقتدر .

۲ — متحرك طحاللردهدرکه ٦ عملیاتدن ٤ عددی شفایاب اولمشلردر .

۳ — کیسهٔ ایداتیدیه وسائرهلرده ٤ عملیاتدن ۳ عددی شفایاب اولمشدر .

٤ — طحال مرزغی ضخامهلرندهدرکه بوکونه دکین نشر اولنان ۲۱ عملیاتدن یالکز ٥ عددی شفایاب اولوب ۱۷ عددی وفات ایتمشدر .

٥ — اورام عفلیه و تکثر کریوات بیضائیهده اجرا قلنان ۲۱ عملیاتدن یالکز ۲ عددی شفایاب اولمشدر .

بوحالده استیصال طحال عملیاتی طحال متحرك ایچون وفتوق جرحیه ایچون غایت مناسب برعملیات ایسهده ضخامهٔ مرزغی وکریوات بیضائیده فوق‌العاده مهلکدر.

اك یکی استاتستیقلردن لدهروزك ۱۸۹۰ سنهسندهکنه نظراً ضخامهٔ بسیطهده ۱۰۰ ده ۸۱,۲ وفیات وضخامهٔ مرزغیده ۱۰۰ ده ۸۳,٤ واك زیاده وفیات ضخامهٔ کریوات بیضائیده اولوب ۱۰۰ ده ٦٥,۲ در .

ضخامهٔ طحال ایچون اجرا قلنان استیصال طحالده وفیات علی‌العموم عملیاتی متعاقب چند دقیقهدن چند ساعته دکین کذران ایدن جزؤی برمدت ظرفنده کرك صدمه و یاخود انزفهدن وقوعه کلور .

طحایل ملقط آره‌سنده قطع ایتدیکمده طحال قلع اولندی . برقاچ بیوك معقم رفاده‌لر حجاب حاجزك وجه سفلیسنه وضع اولنوب کثرتله واقع اولان انزفهٔ شعریه توقیف ایدلدی .

بعده جذری ملقطلرك داخلندن اولمق اوزره برنجی ملقطك خارجندن برطاقم ربطلر واسطه‌سیله ربط ایدوب بعده شریان و وریدی آیرو آیرو ربط ایتدم . جذری رد ایتدکدن صکره یابس رفاده‌لرله و بیقامقسزین وتفجیر ایتمکسزین نظافتی اتمام ایتدك وجدار بطنی‌یه اوچ طبقه حیاطه وضع ایتدك . بواثناده معاونلردن بری ۹۰۰ غرام مقداری مصل صناعی‌یی تحت الجلد زرق ایدیوردی .

عملیات بر ساعت دوام ایتدی .

اخراج ایدیلن طحال ۲۳۰۰ ثقلتده اولوب دم ایله مشبوع اولسه‌یدی ۳۵۰۰ غرامدن اکسك کلیه‌جکدی .

ورمك طولی ٤٥ سانتیمترو وعرضی ۲۳ وسمکی ۱۰ سانتیمترودر . ورمك برقسمنی خرده‌بین ایله معاینه اولنمق اوزره دوقتور رفعت بکه کوندردم . خسته عملیات اخشامنی پك راحت کچیردی .

۱۸ شباط — حال عمومی پك کوزل وحرارت صباح ۳۷,۵ اولوب کوندوزین خسته خفیف قولنجلر و بولانتیدن شکایت ایتدیکندن شامپانیا ویرلدی . اخشام حرارت ۳۸,۲ ایدی .

۱۹ شباط — حال عمومی شایان ممنونیت اولوب صباح حرارتی ۳۷,۷ واخشام حرارتی ۳۷,۵ در .

۲۰ و ۲۱ و ۲۲ و ۲۳ شباط — تزاید حرارت و دیکر شایان دقت بر شیٔ کورلمامشدر .

۲۳ شباط — حیاطه‌لرك کافه آلنوب جرحهٔ کبیره‌نك اتحاد اولا ایله التیام بولدیغی کورلمشدر .

بوکون عملیاتك اون ایکنجی کونی اولدیغی حالده خسته تماماً شفایاب اولدیغندن طعام ایتمك وخسته‌خانه‌یی ترك ایتمك استیور .

افندیلر .

اسکدنبرو معلوم اولدیغی وفیسیولوژی تجربه‌لری وسریریات مشاهده‌لریله ثابت اولدیغی وجهله طحال حیات ایچون بیلزوم برعضو دکلدر .

تیموته‌قلارقك حکایه‌سنه نظراً اسمی نامعلوم برجراح ۱٦۷۳ سنه‌سنده بر بچاق

تضيق ايديلنجه بطن كرياان وجعناك بولنور . قرع ايله اصميت صول طرف دردنجی مسافهٔ بین الضلعیسندن بدأ ايله عمود فقری‌یه دکین وخلفاً صدرك وجه خلفیسیله قداماً بتون ناحیهٔ شرسوفیه وصول طرف ناحیهٔ مراقیه وحفرهٔ حرقفیه‌سنه دکین ممتد بولنور .

كبد خافهٔ ضلعی‌یی تجاوز ایدوب قلب صاغ جهته و عظم قصك تحتنه چکلمشدر . اصغاً ایله قاعدهٔ قلبده خفیف برنفخه ایشیدیلور .

تنفس علی‌الدوام متعسر اولوب جزؤی برحرکت عنیفه اجراسنده مریض عسرت تنفسه دوچار اولور .

الحاصل مریضك حال عمومیسی شایان ممنونیت برطرزده اولمیوب وجهی صولوق اغشیهٔ مخاطیه‌سی رنکسز وآیاقده ایکن و یاخود اوطورركن غایت وجعلی برثقلت و برچکلیمه حس ایدر . اشتها مفقود وهضم زیاده مشوش وانقباض دائمی حالنده بولنور . اطراف سفلیه‌سنده خفیف اوزیما موجود اولوب نوم مفقود ودم معاینه اولندقده ترکیبی طبیعی وادرار دخی تحلیل اولندقده خلاف الطبیعه برشیٔ کورلمز .

عملیات — عملیات ١٧ شباط ١٨٩٦ تاریخیله مکتب طبیهٔ شاهانه سریریات خارجیه‌سنده اجرا ایدیلوب قلوروفورم ایله تنویم وفوق‌العاده آسه‌پسی اجرا ایدیلور . زیل حنجرینك ایکی پارمق تحتندن آنه‌یه دکین بردن بر بیوك شق اجرا ایتدیکمده غایت کبیر اولان طحال لون طبیعیده اوله‌رق تبارز ایتدی . تخمیناً ٦٠٠ غرام مقداری قرمزمتراق برمایع سیلان ایتدی . ورمك حجمیله امتدادینی و التصاقاتك مقاومتنی تعیین ایچون صاغ المی بطنه ادخال ایتدم .

التصاقاتك بعضیرینی پرمقله ییرتدقدن صکره ورمی خارج بطنه جلب ایتمك استدمسه‌ده کثرتله واقع اولان انزفه مناسبتیله آندن فارغ اولندی . بعده بوتصور برطرف ایدیلوب خافهٔ ضلعیه تعقیب ایدیله‌رك زیل حنجرینك درت پارمق تحتندن ٢٠ سانتیمترو امتدادنده برشق مستعرض اجرا ایتدم .

شق مزبوری اجرا ایدنجه دها سربست و دها واسع برمسافهٔ عملیه‌یه مالك اولدق . بووجهله حجاب حاجزی وامعاء جهتنده‌کی التصاقات یواش یواش قاطع النزف ملقطلرله توقیف ایدلمك اوزره تمزیق ایدیلوب ورم سرعت وسهولتله خارج بطنه آلندی .

طحاله ملاصق اولان ثرب قطعه‌سنی ایکی طویل ملقط آره‌سنده قطع ایتدکدن صکره اربطهٔ حجاب حاجزیٔ طحالی و معدویٔ طحالی و پانقراسیٔ طحالی‌یی ایکی

جریدهٔ امراض الصحه
عسکریه و ملکیهٔ دولت علیهٔ عثمانیه

استیصال طحال عملیاتی اجراسیله تشفیه ایلین ضخامهٔ طحال مرزغی

افندیلر . استیصال طحال عملیاتیله شفایاب اولمش بر ضخامهٔ طحال مرزغی‌یی ذات عالیلرینه ارائه ایتمکلکمه مساعده بیوریکز .

عربکیرلی ۲۵ یاشنده متوسط القامه و فقیر الدم حسین ۱۳ شباط سنه ۱۸۹۶ تاریخیله مکتب طبیهٔ شاهانه سریریات خارجیه‌سنه مراجعت ایدر .

امراض متقدمهٔ ارثیه‌سی حقنده‌کی معلومات پدر و والده‌سنك سؤالقنیهٔ مرزغیه‌دن وفاتلرندن عبارتدر .

احوال شخصیه‌سنه کلنجه اون طقوز یاشنه دکین حال صحت مکمله‌ده بولنوب بش سنه‌دنبرو سنه‌نك اکثر شهوری اثناسنده حماء نائبه‌دن متأثر اولور . ایکی سنه‌دنبرو دخی بطننك صول جهتنده بر ورم ایله وجع حس ایدر و بتون بو مدت ظرفنده کنین وحدید و آرسنیق ایله بلا نتیجه تداوی اولنور .

عشرته مبتلا اولمدیغی مثللو داء الافرنج و حرقت البوله دخی اصلا دوچار اولمامشدر .

حال حاضری — لمس ایله مدور الشکل وغایت صلب وچیقنتیسز وناحیهٔ حاصره و مراق ایمنی اشغال ایدوب حفرهٔ حرقفهٔ یسرایه دکین نزول وخط ابیضی اوچ پارمق تجاوز ایدن بر ورم کشف اولنور .

نومرو ۱۲۱ طقوزنجی سنه | ۱ نیسان ۱۳۱۱



جریدهٔ امراض الصحه

عسکریه و ملکیهٔ دولت علیهٔ عثمانیه

هیئت تحریریه

دوقتور دولتلو ماورویانی، سعادتلو ماقریدی و سویان پاشالر حضراتیله دوقتور عزتلو
ناظم شرف الدین بك ، دوقتور پاردو و پیر آپه ری افندیلر

مدیر | کاتب
دوقتور سربوسیان | دوقتور مارقوسیان

غزته اداره خانه سی

جمعیت طبیهٔ شاهانه نك بولندیغی محلده: درسعادتده بك اوغلنده سقا سوقاغنده آصمه لی چیقمه ده
اعلانات و آبونه خصوصاتی ایچون ناشر جریده «آ. خریستیدیس» ه مراجعت اولنمالیدر
غلطه ده وویووده جاده سنده نومرو ۱۹

آبونه شرائطی

بر سنه لکی استانبول ایچون ۳۰ و ولایات ایچون ۳۶ غروشدر ممالك اجنبیه ایچون ۸ فرانقدر

(آ. خریستیدی مطبعه سی)

درسعادتده غلطه ده وویووده جاده سنده نومرو ۱۹

— ۱۸۹۵ —

9me ANNÉE. — Nos 122-23. 1/13 MAI-JUIN 1896.



GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

DE L'EMPIRE OTTOMAN.

BUREAUX DU JOURNAL :

AU LOCAL DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE, ASMALI TCHIKMA, SAKA SOKAK, PÉRA
CONSTANTINOPLE.

POUR LES ANNONCES ET ABONNEMENTS
S'adresser à l'Éditeur A. CHRISTIDIS
19, Rue Voïvoda, Galata, Constantinople.

PRIX DE L'ABONNEMENT PAR AN

Constantinople : 30 Ptres. — Provinces : 36 Ptres. — Étranger : 8 Francs.



CONSTANTINOPLE,
Imprimerie A. CHRISTIDIS, 19, Rue Voïvoda, Galata.

1896.

(اقزالتزيتلى بلانقا محلولى وقومپريەلرى)
الام عصبيه ، عضليه ، سينيه ، غضروفيه ، ذات المفصل الخ .

9me ANNÉE | No 122-23 | 1/13 MAI-JUIN 1896.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES
DE L'EMPIRE OTTOMAN.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 Avril 1896.

Présidence de M. le Dr KAMBOUROGLOU.

Djémil bey présente le malade sur lequel il avait pratiqué la splénectomie. La grande cicatrice est parfaite sans éventration ou signe de hernie.

La réinfection de la syphilis est à l'ordre du jour. M. Dallas ne l'admet pas, et a même des doutes sur la curabilité de cette affection.

M. Avlonitis cite l'opinion du prof. Fournier, que dans les cas relatés comme réinfection, le second chancre ne serait qu'une ulcération tertiaire syphilitique chancriforme.

M. von During partage l'avis du prof. Fournier et répète que le chancre de réinfection n'est qu'une gomme développée et ulcérée sur l'infiltration périvasculaire laissée par chaque papule et qu'on appelle plasmôme, d'après Unna. Quant à la curabilité de cette affection, il y croit; en outre, il fait observer que l'immunisation n'exclut pas la curabilité, ainsi que l'avance M. Dallas.

Djémil bey relate le cas d'une ecchymose du pénis, du scrotum et du périnée, à la suite d'un coït impétueux.

Nazim bey rapporte un cas analogue.

M. Stékoulis fait part des cas de fièvre typhoïde observés par lui durant cette année et dont 7 ont présenté une forme grave cérébrale. Dans d'autres, la mort est survenue, malgré tous les traitements, par pa-

ralysie cardiaque ; il attribue ces phénomènes à une attaque des centres cérébraux par le virus typhique, et ajoute que l'influenza sévissant à cette époque, il y avait peut-être association d'infection entre elle et la fièvre typhoïde. Il fait observer que la fièvre typhoïde devient épidémique par les temps pluvieux et qu'un grand rôle est joué dans son apparition par les eaux potables qui sont infectées pendant leur distribution, grâce à la mauvaise canalisation et au mauvais drainage de notre ville.

Une vive discussion suit cette communication. Y prennent part : Nazim bey, Djémil bey, le professeur von Düring et le préopinant. Il en résulte qu'en effet, le drainage est des plus défectueux à Constantinople, que la maladie, malgré le manque de statistiques, n'est pas inférieure en nombre à celle des autres villes et que la dothiénentérie augmente dans les temps pluvieux. Si Nazim bey ne l'a pas observée dans les casernes pendant les temps pluvieux, c'est que, depuis la dernière épidémie cholérique, l'on n'y boit, d'ordre de S. M. I. le Sultan, que de l'eau de source que l'on y transporte en des barriques propres. Il est donc incontestable que l'eau joue un rôle principal dans l'étiologie de cette maladie.

⁂

Séance du 10 Avril 1896.

Présidence de M. le Dr Kambouroglou.

M. le Président annonce la mort du professeur Semmola, membre honoraire de la Société. La séance est levée en signe de deuil.

A la reprise de la séance, M. Zartar présente un kyste hydatique de la glande parotidienne qu'il a enlevé chez un malade.

Le professeur Djémil bey présente une rate malarique provenant d'un malade leucémique, âgé de 36 ans, maigre ; et qu'il a enlevée par la splénectomie. Le cœur, les poumons et la rate étaient normaux. L'opération est pratiquée facilement. Pendant la fermeture du ventre, une forte hémorrhagie se produisit, arrêtée par de nouvelles ligatures. Le lendemain de l'opération, une forte dyspnée, une congestion pulmonaire double et une faiblesse excessive du cœur survinrent et le malade succomba 38 heures après l'opération. A l'autopsie on ne constate aucune sérosité ni purulence dans l'abdomen, le pédicule de la rate en parfait état ; rein gauche hypertrophié ; adhérences pleurales à gauche ; épanchement séreux à droite ; hypostase pulmonaire double. Le péricarde contient 300,0 de liquide. Cœur hypertrophié ; à son ouverture, on trouve le ventricule droit et l'artère pulmonaire remplis par un caillot blanc et dur au toucher; le ventricule gauche contenait un caillot noir. Djémil bey désire connaître l'opinion de ses confrères sur les causes de la mort.

D'après M. Bratsano, elle peut être attribuée au choc opératoire et à l'épuisement extrême, bien que la maladie est meurtrière par elle-même.

M. Limarakis pense que les altérations pathologiques énumérées par Djémil bey expliquent aisément la mort ; toutefois, un examen du sang, fait plusieurs fois pendant les 38 heures de survie, aurait permis peut-être de se prononcer catégoriquement.

Quant à Djémil bey, il pense que la mort de son malade n'est pas due au choc opératoire, ni à l'épuisement, ni à la perte de sang pendant l'opération ; attendu que, dans les rates leucémiques, toute opération n'est pas encourageante, on y constate une mortalité de 95 %.

M. Apéry lit une lettre du Dr Répin relative aux catguts. M. Répin fait d'abord savoir que le bouillon ne fait pas partie intégrante du procédé de stérilisation, qu'il ne s'en sert que pour prouver l'asepsie parfaite des catguts. Il reconnaît que quelques catguts peuvent être contaminés lors de la répartition du bouillon dans un si grand nombre de tubes, mais ceci est facilement constaté lors de leur séjour à l'étuve. Quant à la théorie émise par M. Apéry relativement à la résistance des spores de micro-organismes dans le centre des catguts, c'est là, dit M. Répin, une hypothèse aussi difficile à combattre qu'à soutenir. Du reste, continue M. Apéry, M. Béchamp a péremptoirement démontré que toute matière organique est spontanément altérable par les microzymas en présence de l'air calciné exempt de bactéries, que ces mêmes microzymas ne sont pas tués par les antiseptiques aux doses qui empêchent leur évolution vibrionienne et une température supérieure à 120° n'arrive pas toujours à *supprimer leur activité transformatrice.*

M. Apéry trouve très vraisemblable, vu le milieu humide, l'opinion de M. Répin, concernant la transmission de la chaleur dans toutes les parties des catguts, grâce à la haute pression des vapeurs alcooliques. Néanmoins, il ne considère pas comme décisifs les exemples donnés par M. Répin, car l'alcool n'est pas parfaitement diffusible à travers les corps gras qui se trouvent dans les catguts ; c'est là un point de la difficulté de la transmission égale du calorique. Il trouve que M. Répin a parfaitement raison lorsqu'il dit que les solutions alcooliques des antiseptiques ne se prêtent pas, car elles perdent ainsi leurs propriétés microbicides, si l'on se sert, bien entendu, de corps métalliques ou ayant la propriété de se combiner avec les éléments mêmes de l'alcool, en donnant naissance à des produits inactifs. M. Apéry propose, sous toutes réserves, à M. Répin, l'emploi de certains corps chimiques, comme la benzine, le formol, le sulfure de carbone, etc., qui sont de puissants bactéricides, surtout à une température élevée et sous pression et qui ont l'avantage, sur l'alcool, d'avoir un pouvoir diffusible supérieur. Toutefois, M. Apéry est convaincu que M. Répin, qui a la compétence et les connaissances voulues, nous présentera un jour ou l'autre un catgut idéal.

A propos des maladies régnantes, M. Bratsano croit qu'il faut distinguer les formes méningitiques de la fièvre typhoïde qui s'observent actuellement, du syndrome méningétique que la fièvre typhoïde présente en été et en automne ou dans les grandes épidémies. Et il cite un cas qui débuta comme une grippe et dans lequel les symptômes méningétiques se déclarèrent le troisième jour. Quatre jours plus tard, ces symptômes ont fait place à ceux du typhus abdominal. Dans les formes non méningétiques, la scène s'ouvre par les phénomènes catarrhaux, pour revêtir plus tard la forme abdominale. Ces formes sont une *combinaison de grippe* avec *fièvre typhoïde* par collaboration des deux microbes. L'*eau de puits*, employée pour la toilette et le lavage de la salade, etc., par le bas peuple, est aussi un facteur important dans l'étiologie de la fièvre typhoïde.

⁂

Séance du 17 Avril 1896.

Présidence de M. le Dr KAMBOUROGLOU.

M. Acchioté rapporte quelques cas d'érythème noueux observés chez des enfants.

M. Bratsano avance que la grippe a repris avec une certaine intensité, avec des formes variables et suivies de complications pulmonaires, pleurales et bronchitiques, surtout chez les enfants. Il a observé aussi quelques cas d'urticaire.

M. Limarakis demande dans quelle mesure la Société peut-elle contribuer à ce que la vaccination des nouveaux-nés devienne obligatoire comme elle l'est pour les enfants d'un certain âge et les adultes. Ce n'est que lorsque l'épidémie éclate que l'on voit les parents affolés courir pour les faire vacciner ; tandis que d'autres sont arrêtés par le regrettable préjugé qui fait croire que vacciner les enfants en temps d'épidémie, c'est appeler immanquablement sur eux la petite vérole.

Mavrogéni pacha est d'avis qu'il faut employer la force.

M. Dallas pense que le seul moyen serait le moyen moral, celui de convaincre les parents de la nécessité hygiénique et de l'efficacité salutaire de la vaccination.

Vamek bey propose le moyen très pratique de ne délivrer des *hamidiés* que contre présentation du certificat de vaccination.

M. le président, tout en constatant que la proposition de S. E. Mavrogéni pacha serait très pratiquement mise en œuvre par la proposition de Vamek bey, propose d'ajourner la décision définitive à la prochaine séance, plusieurs sociétaires s'étant inscrits pour le même sujet.

⁂

Séance du 24 Avril 1896.

Présidence de M. le Dr Kambouroglou.

Après la lecture du procès-verbal et de la correspondance, on passe à l'ordre du jour.

M. Bratsano dit avoir observé plusieurs cas d'érythème noueux et quelques cas d'érythème polymorphe vésiculaire. L'éruption était,le plus souvent, accompagnée de fièvre et quelquefois de douleurs rhumatismales ou d'embarras gastrique. Les régions attaquées de préférence sont les membres inférieurs et la face, plus rarement la poitrine, les membres supérieurs et le tronc. Elle dure de 7-15 jours. Comme traitement, la quinine, les limonades minérales et végétales et les eaux bi-carbonatées sodiques. M. Bratsano pense qu'il faut attribuer l'origine de l'érythème au microbe de la grippe.

S. E. Mavrogéni pacha dit avoir observé, lors de son service militaire dans les hôpitaux, un grand nombre d'érythèmes noueux, pour la plupart aigus, avec fièvre, et quelquefois avec des phénomènes rhumatismaux.

M. Dracoulidès dit que les phénomènes érythémateux dans les yeux sont extrêmement rares et se localisent sur la conjonctive.

M. Trantas.—Les complications oculaires sont assez rares et même mal décrites. D'après le Dr Terson, la conjonctivite phlycténulaire est la complication la plus fréquente. M. Trantas en a vu un cas à l'hôpital grec. C'était une conjonctivite spéciale, limitée à la portion de la conjonctive bulbaire, qui est exposée à l'air lorsqu'on tient les yeux ouverts. La partie atteinte avait une couleur rouge, plutôt bleuâtre. L'inflammation s'est propagée à la conjonctive palpébrale. Peu d'excrétions. Après la disparition de l'érythème du corps, la couleur de la conjonctive est devenue tout à fait bleuâtre, puis la conjonctive a été prise par une sècheresse qui a disparu, à son tour, progressivement, en quelques jours. Le Dr Trantas ne sait pas si, dans la littérature, très pauvre d'ailleurs, mention est faite de cette sècheresse.

M. Limarakis attend la communication du Dr Düring pour entamer à fond la discussion ; car il ne s'agit pas de discuter sur l'érythème qui accompagne les maladies infectieuses aiguës, mais bien sur l'érythème essentiel, et de prouver si l'érythème noueux et l'érythème polymorphe sont deux formes de la même maladie ou non. Sa durée est de 15 jours environ. Il en a observé trois formes : une aiguë, une subaiguë et une récidivante. Il a observé aussi l'érythème conjonctival qui, d'après lui, appartient plutôt aux formes subaigües et chroniques de la maladie. En outre, elle n'est pas contagieuse.

A propos des maladies régnantes, M. Bratsano dit que la gripppe continue ainsi que la fièvre typhoïde. Il a observé aussi quelques cas de rougeole avec complications.

⁂

Séance du 1er Mai 1896.

Présidence de M. LIMARAKIS, vice-président.

Le professeur von Düring présente la photographie d'un malade atteint, depuis six mois, d'acromégalie. Ses extrémités ont acquis un développement excessif. Légère augmentation du volume de la figure. Réflexes rotuliens abolis. Transpirations abondantes et continuelles. Vision normale. Le malade n'a eu aucune affection pleuro-pulmonaire. Ce cas diffère des hypertrophies des extrémités d'origine pneumonique, décrites par Marie.

Le prof. Djémil bey présente les pièces anatomiques de kystes dermoïdes doubles des ovaires, avec torsion du pédicule du côté droit, enlevées à une femme âgée de 30 ans, qui portait une tumeur abdominale depuis 11 ans. L'opération a été suivie d'un plein succès. Cette observation est intéressante : 1° par sa rareté ; 2° par l'envahissement des 2 ovaires ; et 3° par la torsion du pédicule qui s'est faite d'une façon lente.

Djémil bey rapporte ensuite une opération césarienne pratiquée chez une jeune fille de 17 ans, qui lui avait été recommandée comme étant atteinte d'un fibro-myôme pédiculé de l'utérus. Le toucher a été pratiqué avant l'opération ; le col de la matrice a été trouvé normal. La tumeur présentait à la palpation des parties dures ; à l'auscultation, les battements du cœur fœtal n'étaient pas perceptibles et l'on n'a pas pu constater des mouvements du fœtus. En pratiquant la laparatomie, Djémil bey tombe sur un utérus gravide ; il veut refermer le ventre, mais les battements du fœtus paraissant cesser, il se décide à ouvrir l'utérus et à enlever le fœtus, âgé de 8 mois et demi. L'opération a été suivie d'un plein succès ; la mère et l'enfant sont en parfaite santé. Ce qui est intéressant dans ce cas, c'est l'absence complète du liquide amniotique, cause de l'absence des mouvements de l'enfant. Des erreurs pareilles ne sont pas rares ; et Djémil bey se demande, devant l'immunité des opérations d'aujourd'hui, si l'on ne s'habituera pas à cette intervention dans un avenir prochain pour épargner à la femme les souffrances de l'enfantement.

M. Avlonitis rappelle quelques opérations de ce genre faites par certains auteurs sur des femmes qu'on croyait atteintes de tumeurs et qui n'étaient qu'enceintes. Toutefois, dans une pareille éventualité, il préfère refermer le ventre et attendre que l'accouchement naturel se fasse spontanément, car, quoiqu'il en soit, l'opération césarienne est une opération grave et dangereuse.

Le prof. von During fait une communication sur l'érythème exsudatif multiforme.

La séance est levée.

⁂

Séance du 8 Mai 1896.

Présidence de M. le Dr Kambouroglou.

M. le président fait part à la Société de la nomination au grade de général de division de S. E. Féïzı pacha et de la distinction honorifique de chevalier de l'ordre du *Sauveur*, de Grèce, accordée au Dr Limarakis.

M. Dracoulidès fait une communication sur une forme tardive de l'ophtalmie sympathique.

M. Trantas en fait une autre sur un double point lacrymal congénital avec canalicule simple.

Djémil bey présente des pièces photographiques d'un malade atteint d'une tumeur de nature fibreuse du testicule gauche, datant de 7 ans, et descendant jusqu'au-dessous du genou. Son ablation fut suivie de la guérison par première intention. Observation intéressante par sa grande rareté et par son volume, le poids de la tumeur dépassant 8 kilos et demi.

M. Peppo Acchioté fait une communication sur l'identité complète de l'érythème polymorphe et noueux. Il cite à l'appui une lettre du prof. Lewin concluant de la même manière.

Cette communication est suivie d'une longue et intéressante discussion à laquelle prennent part MM. During, Bratsano, Limarakis, Acchioté, Hodara et Akestoridès. Ne pouvant pas analyser, faute de place, cette intéressante discussion, nous renvoyons ceux de nos lecteurs qui s'intéressent à la question au numéro 7, de la *Gazette Médicale d'Orient* (31 Mai 1896).

⁂

Séance du 15 Mai 1896.

Présidence de M. le Dr Kambouroglou.

M. Politis de Smyrne fait (par un tour de faveur) une communication sur l'hydrothérapie méthodique.

A propos des maladies régnantes, M. Limarakis dit que l'on observe toujours quelques cas de grippe, de fièvre typhoïde et de rougeole ; il en est de même de la coqueluche qui affecte de vouloir prendre une allure épidémique. Il y a recrudescence de la diphtérie dans certains quartiers : Tatavla, Péra et Stamboul. Sur la demande de S. E. Mavrogéni pacha si la sérothérapie est employée en ville, M. Limarakis répond que, quant à lui, il n'a pas employé la sérothérapie, mais que les médecins qui l'ont

fait ont eu quelques cas de mort à enregistrer, tandis que ceux qui ne s'en sont pas servis, ont eu des cas très heureux.

Vamek bey confirme ce qui précède, mais il rappelle que, sur 26 cas qu'il a traités par la sérothérapie, il n'a eu à enregistrer que 3 mortels, soit une mortalité de 11 ½ %.

M. Kambouroglou affirme que le sérum antidiphtérique est employé partout en ville avec plus ou moins de succès.

⁂

Séance du 22 Mai 1896.

Présidence de M. le Dr Kambouroglou.

M. le Dr Hueppe, de Prague, de passage en notre ville, fait une communication, en allemand, sur les *relations des causes des maladies et des dispositions de l'organisme.*

M. Trantas rapporte une observation de traumatisme double du globe oculaire sur un homme d'une cinquantaine d'années, guéri sans l'énucléation de l'œil atteint. Cette observation est intéressante en ce sens qu'un traumatisme de la région ciliaire (le plus grave de tous), datant de 5 ans, et le séjour d'un corps étranger dans cette même région n'ont pas amené la perte de l'œil atteint ni une ophtalmie sympathique ; en outre, dans la résorption du cristallin à un âge aussi avancé et dans la manifestation tardive (5 ans après) des phénomènes d'inflammation dûs au corps étranger. M. Trantas conclue qu'il ne faut pas se hâter de procéder à l'énucléation de l'œil atteint, mais bien attendre, tout en instituant un traitement antiseptique bien dirigé.

M. Dracoulidès cite, à propos des énucléations, le cas d'un malade opéré, il y a trois ans, pour une tumeur épisclérotique qui récidiva un mois après. Grâce à l'examen d'une parcelle de la tumeur fait par M. Apéry, M. Dracoulidès constata la bénignité de cette tumeur et en pratiqua l'ablation complète ; l'énucléation de l'œil atteint fut ainsi épargnée au malade.

M. Trantas avance qu'il faut être très réservé, au sujet des tumeurs du nimbe scléro-cornéen, car les symptômes physiques sont généralement impuissants pour formuler un diagnostic exact. Seul, l'ophtalmoscope peut nous guider dans ces cas. L'on doit pratiquer sans hésiter l'énucléation lorsqu'on constate des expansions intra-oculaires.

⁂

Séance du 29 Mai 1896.

Présidence de M. le Dr KAMBOUROGLOU.

M. Hodara présente, sous le champ de 3 microscopes, quelques pièces histologiques de carcinome alvéolaire, cylindrique et végétant, et donne là-dessus des détails circonstanciés qui sont écoutés avec beaucoup d'intérêt par tous les membres de la Société.

M. Peppo Acchioté rapporte un cas de *surdité nerveuse hystérique*, chez une jeune fille de 13 ans, entachée de tare nerveuse héréditaire, et qui, en dehors d'une anesthésie pharyngée, ne présentait pas d'autre stigmate hystérique. Tous les traitements ayant échoué, ce fut l'électricité qui, au bout d'une dizaine de séances, amena la guérison. Ce cas est intéressant par l'âge pendant lequel la surdité fut observée, la longue durée de l'affection, l'absence d'anesthésie complète du pavillon et du conduit auditif et par la guérison au moyen d'un traitement galvanique.

M. Apéry lit une notice sur les modifications chimiques du sang et de l'urine après les bains chauds et froids. D'après une récente communication de M. Strasser, de Vienne, dit-il, l'acidité du sang et des urines augmente ou diminue avec la température du bain. Les recherches instituées dans ce but ont établi, en effet, l'acescence et l'augmentation de l'acidité du sang et de l'urine après les bains chauds et l'alcalescence après les bains froids. La nutrition est influencée également de la même manière. L'acescence peut être expliquée par l'échauffement et l'augmentation des destructions, tandis que l'alcalescence est dûe à l'oxydation qui est plus grande que la destruction. Les oscillations dans la teneur du sang en acide carbonique, qui dominent la réaction, tiennent aux phosphates; toute émission d'acide carbonique dans le sang doit se poursuivre avec une augmentation des phosphates alcalins. La diminution des phosphates acides dans l'urine, après les bains froids, doit être considérée comme une conséquence de l'élimination de l'acide carbonique très augmentée par les bains froids. L'importance que prendra le traitement hydrothérapique dans diverses maladies où les oxydations sont augmentées ou diminuées est à prévoir dès à présent. Quant à la température du bain, c'est seulement après une analyse chimique des urines et la détermination de leur acidité phosphatique que l'on saura à quoi s'en tenir. C'est de l'augmentation ou de la diminution des phosphates acides que l'on doit tenir compte. M. Apéry compte entreprendre, avec la collaboration de M. Siotis, une série d'expériences en ce sens.

A propes des maladies régnantes, M. Bratsano cite quelques catarrhes intestinaux et de la vessie, et M. Peppo Acchioté quelques cas de congestion pulmonaire grippale, de pneumonie infectieuse et de rougeole.

***

Séance du 5 Juin 1896.

Présidence de M. le Dr KAMBOUROGLOU.

M. Dracoulidès présente un malade guéri d'une plaie pénétrante de la cornée causée par un éclat de capsule. Grâce à l'opération de Sæmisch (consistant en l'incision de la cornée avec le couteau de Græfe, avec évacuation du pus), l'énucléation de l'œil a été évitée, et le malade a récupéré entièrement sa vision normale.

M. le président annonce aux sociétaires que Djémil bey vient de recevoir la 2e classe de l'*Osmanié*, que Nazim bey vient d'être promu au grade de lieutenant-colonel et que le Dr Stamatiadès a reçu l'ordre de la Croix du St-Sépulcre. Il adresse, au nom de la Société, les plus vives félicitations aux nouveaux décorés.

Il fait ensuite part de la célébration, à l'étranger, d'une fête à l'occasion de l'anniversaire du centenaire de la première vaccination faite par l'immortel Jenner. Il propose de charger MM. Akestoridès, Gabuzzi et Violi de faire, dans une prochaine séance, une communication relative à cet inventeur célèbre. Cette proposition est adoptée.

M. Limarakis revient sur ce qu'il a dit dans une des dernières séances à propos de la recrudescence de la diphtérie. La manière dont il s'était alors exprimé pouvant donner lieu au doute, il déclare que, loin de ne pas être partisan de la sérothérapie, il s'en sert toutes les fois qu'il se trouve en présence de diphtéritiques.

M. Hodara présente un malade atteint d'érythème polymorphe typique datant de 4 jours. L'intérêt de ce cas consiste en ce que, à côté des papules caractéristiques d'érythème polymorphe, il y en a une sur la jambe droite qui peut être confondue avec l'érythème noueux. Pourtant, l'on peut cliniquement distinguer nettement les deux affections, par suite de l'apparition tardive aux jambes, ce qui n'a pas lieu dans l'érythème noueux, et parce que les papules s'étendent concentriquement comme dans tout érythème polymorphe. Malgré ces différences cliniques, il est actuellement impossible de séparer complètement ces deux affections, car leur étiologie, base de toute classification, n'est pas encore connue.

M. le Dr Limarakis lit un travail sur l'érythème exsudatif multiforme de Hébra et sur l'érythème noueux.

La discussion reprend de plus belle sur l'identité ou non de ces deux affections, et sur leur contagiosité.

M. Peppo Acchioté avance que ces deux affections sont deux formes différentes d'une seule et même maladie. Il lit, à l'appui, deux lettres qu'il a reçues des professeurs Besnier et Lewin; ce dernier appuie sa manière de voir, tandis que le prof. Besnier n'est pas aussi catégorique.

Pour ce qui concerne le cas du Dr Hodara, la plaque de la jambe droite est une plaque d'érythème noueux avec tous ses caractères.

M. Bratsano se prononce aussi en faveur de leur unicité, et croit toujours à l'origine infectieuse et grippale de ces deux érythèmes. Quant à la plaque de la jambe droite du malade, ce n'est pas une papule d'érythème noueux, parce que la nodosité fait défaut.

M. Hodara insiste sur la plaque de la jambe droite que le Dr Acchioté prend pour une plaque d'érythème noueux et qui n'est qu'une plaque d'érythème polymorphe, modifiée par la compression des jarretières du malade. Il voit avec plaisir que le Dr Besnier, qui était uniciste, dévie de son opinion première et pense qu'il faut, pour trancher la question, attendre la découverte d'éléments spécifiques propres à l'un ou à l'autre érythème.

S. E. Mavrogéni pacha identifie également les deux maladies, mais il émet quelques doutes quant à la contagion.

MM. Acchioté et Bratsano avancent que les deux affections se déclarent en même temps chez le même malade.

Répondant à M. Acchioté, M. Limarakis fait remarquer que toutes les maladies infectieuses ne sont pas par ce fait contagieuses, comme M. Acchioté paraît l'admettre en relevant l'éclosion d'une maladie par l'agglomération, comme preuve de sa contagiosité. On connait bien des maladies infectieuses où la contagion ne peut pas être mise en cause, témoin les fièvres palustres. Il n'accepte pas non plus la coexistence des deux érythèmes sur le même individu. Quant aux causes pathogéniques, pas même la découverte des germes spécifiques ne saurait trancher, pour lui, la question ; seule la clinique peut juger le différend et elle parle en faveur de la séparation de ces érythèmes.

M. Hodara fait observer à M. Limarakis qu'il est incontestable que l'érythème polymorphe se déclare par de petites épidémies, ce qui parlerait pour la contagiosité probable.

M. Violi signale, par lettre, plusieurs cas de rougeole grave, de scarlatine avec diphtérie et de variole mortels chez des enfants en bas âge.

M. Bratsano rapporte quelques cas de rougeole à Béchiktach et à Ortakeuy. La grippe y est en décroissance.

⁂

Séance du 12 Juin 1896.

Présidence de M. le Dr KAMBOUROGLOU.

M. Hodara présente : 1o un malade atteint de cystite tuberculeuse ; 2o un jeune homme syphilitique ayant le chancre à la commissure labiale droite ; 3o un cas de mycosis fongoïde d'Alibert.

M. Peppo Acchioté présente un malade atteint de paramyoclonus multiplex.

M. le président annonce l'élévation au grade de général de brigade de Djémil bey, devenu Pacha, et lui adresse les plus sincères félicitations.

Djémil pacha remercie, puis il relate une observation de plaie pénétrante de l'abdomen traitée par la laparatomie. Il s'agit d'une malade qui a été blessée accidentellement par une arme à feu, au niveau de la région épigastrique, à 6 travers de doigt au-dessus de l'ombilic et à 2 travers de doigt à gauche de la ligne blanche, ce qui occasionna une forte hématémèse et un météorisme. Quatre heures après l'accident, il procéda à l'ouverture du ventre qui donna issue à une grande quantité de sang. Après avoir arrêté l'hémorrhagie et suturé les différentes plaies de l'estomac et de l'intestin, il lava la cavité péritonéale avec une solution stérilisée de chlorure de sodium 6 pour mille et se mit à la recherche de la balle qu'il retrouva. Suture du ventre, pansement. L'hématémèse a cessé immédiatement après l'opération.

Djémil pacha est d'avis que l'opération s'impose pour toute plaie pénétrante de l'abdomen, qu'elle doit être pratiquée le plus tôt possible et que si l'on arrive 12 à 24 heures après l'accident auprès du blessé, l'on peut attendre jusqu'à l'apparition des premiers symptômes de péritonite.

Nazim bey et Mavrogéni pacha se prononcent aussi en faveur des interventionnistes, quoique Nazim bey pense qu'on ne peut pas toujours opérer, le matériel nécessaire et les aides n'étant pas toujours prêts, quoique, avec l'antisepsie, toute laparatomie soit facile et sans danger.

M. le président est aussi d'avis que la laparatomie est toujours salutaire et utile dans les plaies pénétrantes de l'abdomen, surtout de celles causées par armes à feu.

M. Limarakis partage l'avis des préopinants. Il émet le vœu que la Société, ainsi que cela se pratique en Amérique et en France, se prononce pour la pratique de l'assistance chirurgicale instantanée ; ce serait un grand bienfait pour nous et, grâce à la magnanimité de S. M. I. le Sultan qui recherche partout le bonheur de ses sujets, la Société est sûre du succès.

La proposition de M. Limarakis, appuyée par S. E. Mavrogéni pacha, a été acceptée par acclamation.

⁂

Séance du 19 Juin 1896.

Présidence de M. le Dr KAMBOUROGLOU.

M. le Dr Violi présente une tumeur sarcomateuse du rein pesant 2,532 grammes, enlevée à un enfant de 2 ans (pesant 7 kilos) par le Dr Lardy, à la clinique de St-Georges.

M. le Dr Hodara présente une malade atteinte de *pemphigus foliacé*, affection cutanée heureusement fort rare, et qui est généralisée sur toute la surface du corps. Le pronostic en est défavorable et la maladie marche presque toujours vers une issue fatale, quoique on cite des cas d'amélioration et de guérison. M. Hodara en a même vu, chez Kaposi, à Vienne, un cas bien amélioré par des bains de goudron. Sa malade semble aussi améliorée par le traitement institué depuis 4 semaines.

MM. Dallas, Djémil pacha et Limarakis comme rapporteur, sont nommés, par acclamation, membres de la commission chargée de présenter un rapport sur la création de l'assistance médicale et chirurgicale instantanée à Constantinople.

M. Trantas lit une observation sur la présence des fibres nerveuses opaques de la rétine avec des points interposés, chez un individu atteint de choriorétinite spécifique.

Nazim bey communique l'observation d'un corps étranger du foie, aiguille de 7 centimètres de longueur, enlevée par la laparatomie à un jeune soldat et qu'il expose à la Société. Nazim bey fait remarquer que les corps étrangers du foie, comme des débris de vêtements et de balles de revolver et de fusil, ne sont pas rares dans les traumatismes du foie; mais des observations dans ce genre, il n'en a pas rencontrées dans la bibliographie, ce qui fait la rareté de son cas.

M. Hodara fait une communication au sujet de l'acide salicylique, appliqué sur la peau normale. Il résulte de ses expériences que l'acide salicylique, employé à très faible dose, 1 à 2 % par exemple, et associé en pommade avec d'autres médicaments, augmente leur action parce qu'il facilite leur pénétration par suite des petites déchirures qu'il produit sur la couche cornée. A une dose un peu plus élevée, l'acide salicylique est très utile dans toutes les affections où il y a un épaississement de la couche cornée; dans toutes les hyperkératoses, telles que l'ichthyose, etc., parce qu'il produit une exfoliation de la couche cornée et un amincissement consécutif de cette couche. Employé à plus forte dose et à plus longue durée, l'acide salicylique donne lieu à une légère irritation et enlève, sous forme de squames, non seulement la couche cornée mais des portions plus ou moins profondes de l'épiderme et il est, par conséquent, très indiqué dans les affections où il y a altération de la couche cornée et des couches superficielles de l'épiderme, comme dans les eczémas chro-

niques secs avec épaississement de l'épiderme. Sous forme d'emplâtre à 20 % ou de collodion à 20 ou 30 %, l'acide salicylique agit le plus énergiquement et donne des résultats très favorables pour l'enlèvement des diverses callosités, des cors, par exemple.

M. Serpossian rappelle la formule tant vantée dans les coxalgies et les rhumatismes.

M. Bratsano s'est bien trouvé de l'emploi externe d'une solution hydro-alcoolique d'acide salicylique titrée à 20 % dans 3 cas de rhumatisme.

⁂

Séance du 26 Juin 1896.

Présidence de M. le Dr Kambouroglou.

M. Hodara présente une touffe de cheveux atteints de la Piédra, petites nodosités dures, blanchâtres, disposées irrégulièrement sur la tige des cheveux. Cette affection, extrêmement rare, a été observée pour la première fois en Colombie. Le parasite, un saprophyte, a été découvert en 1847, par Osorio. Plus tard, des cas de la même maladie ont été observés en Europe.

M. Hodara présente ensuite un malade atteint probablement de la lèpre. Ce malade présente de grands placards érythémateux énormément œdémateux situés sur le sourcil gauche, le front et les membres supérieurs et inférieurs. Cet érythème gigantesque dure 20 à 25 jours, dit le malade, puis il disparaît pour reparaître au bout d'un mois de repos. Il en est déjà à sa 12me récidive, et la maladie commence toujours avec de la fièvre, de l'inappétence et de la faiblesse. M. Hodara ne connait pas un cas semblable dans la littérature dermatologique. Pourtant, il soupçonne la lèpre par suite de l'épaississement du nerf cubital, de l'atrophie musculaire et de la contracture des deux doigts de la main gauche, l'annulaire et l'auriculaire, contracture qui a paru subitement depuis 6 mois. Le microscope tranchera la question, si l'on parvient à constater la présence des bacilles d'Armauer Hansen.

M. Violi, se conformant au vœu de la Société, lit un mémoire sur la vaccination et son immortel inventeur.

M. Akestoridès, à son tour, donne lecture d'un travail sur le même sujet.

M. Limarakis rappelle les propositions de Mavrogéni pacha et Vamek bey concernant la vaccination obligatoire des nouveaux-nés et il insiste pour que la Société formule des propositions pour les soumettre à l'autorité. Mais la discussion en est renvoyée à une autre séance.

M. Apéry fait part à la Société d'une réaction nouvelle de l'aloès, très sensible, car elle peut décéler la présence de ce corps à 1, 2 ou 3 millièmes. Cette réaction peut, dans certains cas, être employée dans les recherches chimico-légales.

Il communique, en outre à la Société, la propriété qu'ont les solutions très étendues de perchlorure de fer (à 1/3000) de prendre une teinte rougeâtre, pelure d'oignon, sous l'influence de la chaleur. Cette propriété n'est pas commune aux autres sels ferriques et permet, par conséquent, d'en différencier le perchlorure de fer.

Après une longue discussion sur la question tant de fois débattue, les deux érythèmes noueux et polymorphe, discussion qui n'aboutit à aucune résolution décisive, on passe aux maladies régnantes.

M. Limarakis constate une recrudescence de la petite vérole. La coqueluche tend toujours à sévir épidémiquement, dans certains quartiers surtout.

M. le Président annonce les vacances traditionnelles de trois mois, et remercie les membres pour leur zèle et leurs travaux.

P. Apéry.



STATISTIQUE

de l'Asile des Aliénés

DE TOPTACHE

Pendant l'année 1311

1895/96.



STATISTIQUE DE L'ASILE DES ALIÉNÉS DE TOPTACHE PENDANT L'ANNÉE 1311, 1895-96.

Professions.

		Nombre.
Agriculteurs et cultivateurs		27
Journaliers		9
Militaires	Officiers	5
	Etudiants	4
	Soldats	35
Ecclésiastiques		9
Employés civils du gouvernement		14
Employés		13
Artisans		16
Professeurs		1
Négociants		1
Rentiers		1
Professions diverses		49
Sans professions		51
Indéterminés		11
Total		246

Formes de maladies mentales.

	Hommes	Femmes	Total
Manie de différentes formes	64	46	110
Lypémanie	106	51	157
Folie circulaire	2	1	3
Délire de persécution	7	5	12
Imbécilité	18	6	24
Démence	3	0	3
Paralysie progressive	5	2	7
Epilepsie	17	2	19
Alcoolisme	4	0	4
Esrarisme	3	0	3
Simulation	19	0	19
En observation	1	0	1
Total	246	113	359

Aliénés sortis.

	Hommes	Femmes	Total
De quelques jours à un mois	40	13	53
D'un à trois mois	58	23	81
De trois mois à six mois	20	19	39
De six mois à un an	29	4	33
D'un à deux ans	18	2	20
De deux à cinq ans	15	4	19
De cinq à dix ans	19	0	19
Total	199	65	264

Aliénés sortis et morts.

	Hommes	Femmes	Total
Sortis guéris.	113	40	153
Sortis améliorés	54	21	75
Sortis dans le même état.	13	4	17
Renvoyés comme simulants.	19	0	19
Aliénés morts	53	18	71
Restants au 1er Mars 1312	275	124	399
Total.	527	207	734

Mortalité.

	Hommes	Femmes	Total
Tuberculose pulmonaire.	10	4	14
Péritonite tuberculeuse	0	1	1
Arthrite tuberculeuse.	1	0	1
Carie tuberculeuse.	0	1	1
Laryngite tuberculeuse	1	0	1
Apoplexie cérébrale	9	1	10
Paralysie progressive	4	3	7
Marasme	10	2	12
Diarrhée colliquative	3	2	5
Dysenterie	0	1	1
Fièvre typhoïde.	3	0	3
Pneumonie	3	0	3
Gangrène pulmonaire.	1	0	1
Gangrène de la bouche	1	0	1
Gangrène sèche des pieds	1	1	2
Maladie organique du cœur.	2	1	3
Méningo-encéphalite aigüe	1	0	1
Cirrhose atrophique du foie.	2	0	2
Cachexie paludéenne	1	0	1
Cancer de l'intestin	0	1	1
Total.	53	18	71

Aliénés morts. — Durée de la maladie.

	Hommes	Femmes	Total
De quelques jours à un mois.	9	3	12
D'un à trois mois	12	5	17
De trois à six mois.	7	2	9
De six mois à un an	8	3	11
D'un à deux ans.	8	0	8
De deux à cinq ans.	4	2	6
De cinq à dix ans	5	3	8
Total. . . . . . . , . . .	53	18	71

Récapitulation.

	Hommes	Femmes	Total
Existants au premier Mars 1311	281	94	375
Entrés dans l'année » »	246	113	359
Total	527	207	734
Sortis dans l'année 1311	199	65	264
Restants.	328	142	470
Morts dans l'année 1311	53	18	71
Restants.	275	124	399



﴿ وفات ایدن مجانینك دوام مرضلری ﴾

	ارکك	قادين	يكون
بر قاچ كوندن بر آيه قدر	۹	۳	۱۲
بردن اوچ آيه قدر	۱۲	٥	۱۷
اوچدن التی آيه قدر	۷	۲	۹
آلتيدن بر سنه‌يه قدر	۸	۳	۱۱
بردن ايكی سنه‌يه قدر	۸	۰	۸
ايكيدن بش سنه‌يه قدر	٤	۲	٦
بشدن اون سنه‌يه قدر	٥	۳	۸
يكون	٥۳	۱۸	۸۱

	ارکك	قادين	يكون
۱۳۱۱ سنه‌سی مارتنه قالانلر	۲۸۱	۹٤	۳۷٥
۱۳۱۱ سنه‌سنده دخول ايدنلر	۲٤٦	۱۱۳	۳٥۹
يكون	٥۲۷	۲۰۷	۷۳٤
۱۳۱۱ سنه‌سنده خروج ايدنلر	۱۹۹	٦٥	۲٦٤
متباقی	۳۲۸	۱٤۲	٤۷۰
۱۳۱۱ سنه‌سنده وفات ايدنلر	٥۳	۱۸	۷۱
متباقی	۲۷٥	۱۲٤	۳۹۹

(خروج و فات ايدن مجانين

	اركك	قادين	يكون
شفايابا خروج	۱۱۳	٤٠	۱۵۳
كسب افاقت ايدرك خروج	٥٤	۲۱	۷۵
عين حالده خروج ايدن	۱۳	٤	۱۷
متمارض كبي اخراج اولنان	۱۹	٠	۱۹
وفات ايدن مجانين	٥۳	۱۸	۷۱
۱۳۱۲ سنه‌سی مارتنه قالان	۲۷٥	۱۲٤	۳۹۹
يكون	٥۲۷	۲۰۷	۷۳٤



﴿ وفيات ﴾

	اركك	قادين	يكون
ادران الرئه	۱۰	٤	٤
ذات البريطون درنى	۰	۱	۱
ذات المفصل درنى	۱	۰	۱
رم درنى	۰	۱	۱
التهاب حنجرهٔ درنى	۱	۰	۱
سكتهٔ دماغى	۹	۱	۱۰
فالج مترقى	٤	۳	۷
قحول	۱۰	۲	۱۲
اسهال مزمن	۳	۲	۵
دوسانطاريا	۰	۱	۱
حماى شبه تيفو	۳	۰	۳
ذات الرئه	۳	۰	۳
غانغرن رئوى	۱	۰	۱
غانغرن فم	۱	۰	۱
غانغرن يابس قدمين	۱	۱	۲
مرض عضوىٔ قلب	۲	۱	۳
التهاب سحائى دماغىٔ حاد	۱	۰	۱
تشمع كبد خمورى	۲	۰	۲
سؤ القنيهٔ مرزغيه	۱	۰	۱
سرطان معائى	۰	۱	۱
يكون	۵۳	۱۸	۷۱

﴿ خروج ایدن مجانین ﴾

	ارکك	قادین	یکون
بر قاچ کوندن بر ماهه قدر	٤٠	١٣	٥٣٠
بردن اوچ ماهه قدر	٥٨	٢٣	٨١
اوچ آیدن آلتی آیه قدر	٢٠	١٩	٣٩
بر سنه‌دن ایکی سنه‌یه قدر	١٨	٢	٢٠
ایکیدن بش سنه‌یه قدر	١٥	٤	١٩
بشدن اون سنه‌یه قدر	١٩	٠	١٩
یکون	١٩٩	٦٥	٢٦٤

(مرض دماغينك شكلى)

مختلف شكلده جنت واحده	اركك	قادين	يكون
لى به مانى	٦٤	٤٦	١١٠
جنت دائره‌ويه	١٠٦	٥١	١٥٧
هذيان اعتسافى	٢	١	٣
بلاهت	١٨	٦	٢٤
عته	٣	٠	٣
فالج مترقى	٥	٢	٧
صرعه	١٧	٢	١٩
داء الكئول	١	٠	١
داء الحشيش	٣	٠	٣
تمارض	١	٠	١
تحت مشاهده‌ده	١	٠	١
يكون	٢٤٦	١١٣	٣٥٩

طوپطاشی بیمارخانه‌سنك ١٨٩٥—٩٦ سنهٔ میلادیه‌سنه توافق ایدن
١٣١١ سنه‌سی ظرفنده‌کی استاتستیقیدر مابعد

﴿ بیمارخانه‌نك حرکت عمومیه‌سی ﴾

﴿ صنعتلری ﴾

چفتجی و چفتلکجی	٢٧
رنجبر	٩
عسکر ضابطه	٥
عسکر طلبه	٤
عسکر نفر	٣٥
راهب	٩
حکومتك ملکیه مأموری	١٤
مأمورین سائره	١٣
اهل صنعت	١٦
معلم	١
تاجر	٦
اصحاب ثروت	١
صنایع مختلفه	٤٩
بلا صنعت	٥١
نا معلوم	١١
یکون	٢٤٦

جمعيتك مقررات لازمه‌دن بولنمسی لزومی حقنده اصرار ايدرسه‌ده مذاكره اجتماع اخره ترك اولنور .

آپه‌ری افندی صاری صبرك غايته حساس برمعيار جديدندن بحث ايدوب آنك واسطه‌سيله ۱۰۰۰—۳ نسبتنده‌كی مقدارينك بيله كشف اولنه‌بيله‌جكندن بعض طب قانونی تحريات كيمويه‌سنده استعمال اولنه‌بيلور .

بوندن ماعدا فوق قلور حديدك ۳۰۰۰—۱ نسبتنده‌كی غايت خفيف محلوللرينك حرارت واسطه‌سيله صوغان قبوغنه مشابه بر قرمزی رنك حاصل ايتمسندن عبارت اولان ديكر بر معياردن بحث ايدر . ديكر املاح حديديه‌يه دخی شمولی اولمين بو خاصه فوق قلور حديدی آنلردن تفريقه مدار اولور .

احمرار حقنده دور ودراز دوام ايدن مباحثه‌دن صكره احمرار عقدی ايله احمرار ذوكثير الاشكال مسئله‌سی حقنده برقرار قطعی ويريله‌مامشدر .

بعده امراض مشهوده بحثنه نقل كلام اولنور .

ليماراكيس افندی جدريك اليوم تنزل ايتمكده اولديغنی و سعال ديكينك بعض محلاتده دائما مستولی طرزنده انتشار ايتمكده اولديغنی بيان ايدر .

رئيس افندی اصولدن اولان اوچ ماه مدت تعطيليه‌يی اعلان ايدوب اعضاء جمعيته غيرت و آثار واقعه‌لرندن طولايی تشكر ايدر .

سرپوسیان افندی الم ورکیٔ حرقفیلرله رئیه‌لرده کمال منفعتی مدح اولنان ترتیبی اخطار ایدر .

براچانو افندی دخی حامض صفصافك یوزده یکرمی نسبتنده بر محلول مائیٔ کئولیسندن اوچ عدد رئیه خصوصاتنده منافع عظیمه استحصال ایتدیکنی بیان ایدر .

١٨٩٦ سنه‌سی ٢٦ حزیران تاریخلو اجتماع

قامبور اوغلو افندینك ریاستی تحتنده .

هودورا افندی صاچلرك ساقی اوزرنده غیر منتظا موضوع بیاضمتراق برطاقم انتفاحات صلبه‌دن عبارت (پیه‌درا) نام خسته‌لغه مبتلا بردمت صاچ ارائه ایدر . فوق‌العاده نادر اولان اشبو خسته‌لق اولا قولومبیاده مشاهده اولنمشدر .

طفیلیسی بر ساپروفیتدن عبارت اولان ١٨٤٧ سنه‌سنده اوزوریسی طرفندن کشف اولنمشدر . دها صکره عین خسته‌لق اوروپاده مشاهده اولنمشدر .

هودورا افندی بعده جذامه مبتلا بولنمسی محتمل اولان برخسته ارائه ایدر . اشبو خسته حاجب ایسرله جبهه واطراف علویه وسفلیه‌ده فوق العاده ارزیماوی الواح احمراریه ابراز ایدردی . اشبو احمرار عظیم خسته‌نك افاده‌سنه نظراً ٢٠ الی ٢٥ کون دوام ایدرك محو اولور و برماه استراحتدن صکره تکرار ظاهر اولور ایمش . شمدیکی ظهوری اون ایکنجی دفعه نکس ایدیشی اولوب خسته‌لق دائما حرارت وعدم اشتها وضعفیت ایله بدأ ایدرمش .

هودورا افندی ادبیات طبیهٔ جلدیه‌ده بوکا شبیه برمشاهده موجود اولمدیغنی بیان ایدر . مع مافیه مومی‌الیه عصب زندینك کسب کثافت ایتمش وعضلی موجودیتی ایله ید ایسرك اوچنجی و بشنجی پارمقلرینك آلتی ماهدنبرو بردنبره دوچار معص اولمسنه استناداً جذام حقنده شبهه اولنور . بو بابده آرموئر هانزن باسیللرینك موجودیتی تصدیق اولنه‌بیلمك شرطیله مسئله‌نی آنجق خرده‌بین حل ایده‌جکدر .

ویولی افندی جمعیت طبیهٔ شاهانه‌نك آرزوسنه اتباعاً تلقیح جدری وآنك موجد لانفیاسی حقنده برمقاله قرائت ایدر .

لیماراکیس افندی دولتلو ماورونی پاشا حضرتلریله واقق بکك طفل نوزادلرك تلقیح جبریسی حقنده‌کی تکلیفلرینی تخطر ایتدیره‌رك حکومته تقدیم اولنمق اوزره

خسته‌لغك انذاری وخیم اولوب کرچه افاقت وعافیته مبدل اولنلریده وارسه‌ده خسته‌لق همان دائما برنتیجهٔ مشئومه‌یی بادی اولور . هودورا افندی ویانه‌ده قاپونه‌ی نزدنده قطران بانیولریله زیاده افاقت بولان برخسته‌یه تصادف ایتمشدر . بوخسته دخی درت هفته‌دنبری ترتیب ودوام قلنان تداوی ثمره‌سیله مبدل افاقت کبی کورینیور .

داللاس افندی وجمیل پاشا ولیمیراکیس افندی درسعادتده معاونت طبیه وجراحیه آینه‌نك صور تأسیسیه‌سنه عائد خصوص مذاکره‌یه مأمور قومسیون اعضالغنه انتخاب اولنورلر .

ترانتاس افندی التهاب مشیمیٔ شبکی‌یه مبتلا بر خسته‌ده نقاط بین الموضوعه ایله الیاف عصبیهٔ کثیفهٔ شبکیه‌نك موجودیتی حقنده برمشاهده‌نامه قرائت ایدر .

ناظم شرف‌الدین بك ۷ سانتیمترو طولنده بر چوالدیزدن عبارت وکنج برنفردن خذع بطن واسطه‌سیله اخراج ایتدیکی برجسم اجنبیٔ کبدی ارائه ایدوب البسه واستوبو پارچه‌لریله تفنك ورووولور قورشونلری مثللو اجسام اجنبیه جروح کبدیه‌ده کرچه نادر الوقوع دکلسه‌لرده ایکنه وقوعاتنه کتب طبیه‌ده اصلا تصادف ایده‌مدیکندن مشاهده‌سنك نوادردن اولمسی حسبیله مهم بولندیغنی تذکار ایدر .

هودورا افندی جلد طبیعی‌یه لصق ایدیلن حامض صفصافی حقنده بیان مطالعه ایدر . طبیب مومی‌الیهك تجارب ذاتیه‌سندن استنتاج اولنیورکه حامض صفصاف ۱۰۰—۱ و ۱۰۰—۲ نسبتنده خفیف مقدارده استعمال اولنه‌جق اولورسه و پوماته حالنده دیکر ادویه‌یه مزج ایدیله‌جك اولورسه طبقهٔ قرنیه اوزرنده حاصل ایتدیکی کوچك چاتلاقلر واسطه‌سیله ادویهٔ مزبوره‌نك نفوذ وتأثیرلرینی تزیید ایدر . دها زیاده‌جه بر مقدارده حامض صفاف طبقهٔ قرنیه‌نك کسب کثافت ایتدیکی امراض جلدیه‌نك کافه‌سنده فوق العاده نافعدر زیرا طبقهٔ قرنیه‌نك تفلسنی وآنی متعاقب کسب رفاقت ایتمسنی موجب اولور .

دها زیاده مقدارده ودها اوزون برمدت استعمال اولندقده حامض صفاف جزؤی برتخرشه بادی اوله‌رق حزشف شکلنده طبقهٔ قرنیه‌یی و طبقهٔ بشرویه‌نك آز چوق عمیق بر قطعه‌سنی رفع ایتدیکندن کثافت بشره ایله مترافق اولان مرض و یابس اکزه‌مالر مثللو بشره‌نك طبقات سطحیه‌سیله طبقهٔ قرنیه‌نك تغیری واقع اولان امراض جلدیه‌ده کمال منفعتله استعمال اولنور . ۱۰۰—۲۰ نسبتنده لصقه حالنده و یاخود ۱۰۰—۲۰ و ۱۰۰—۳۰ نسبتنده قوللودیون صفصافی حالنده غایتله مؤثر برصورتده اجرای فعل ایدوب نواحیر مختلفه‌نك رفعی خصوصنده نتایج حسنه اعطا ایدر .

جروح متعددهسی وضع حیاطه ایدلدکدن صکره جوف بطنی بیکده آلتی نسبتنده معقم قلور سودیوم محلولیله غسل ایدوب بعده قورشونی آرامغه تشبث ایدر . بعده بطن دیکیلوب تیمار وضع اولنور . ختام عملیاتده نفث الدم توقف ایدر .

جمیل پاشا خذع بطن عملیاتی جروح بطنیه‌نك كافه‌سنده اجرا اولنمسی طرفداری اولوب ممکن مرتبه ایرکن یاپلملی ومجروحك نزدینه وقوع عارضه‌دن اعتباراً ۱۲ الی ۲٤ ساعته دکین ورود ایدیلورسه ایلك التهاب پریطون عوارضی ظهوری بکلنیله‌بیلور.

دولتلو ماورونی پاشا حضرتلریله اوپراتور ناظم شرف‌الدین بك دخی مداخلهٔ جراحی حقنده خامه‌زن اولورلر . آنتیسه‌پسی‌یه رعایت ایتمك شرطیله خذع بطن عملیاتی قولای ایسه‌ده اکثریا مواد لازمه ومعاونت مقتضیه‌نك فقدانی حسبیله دائما اجرای عملیات ممکن اوله‌میه‌جغنی ناظم بك بیان ایدر .

رئیس افندی دخی خذع بطن عملیاتنك جروح نافذهٔ بطنده وخصوصاً آلات ناریه‌دن حصوله کلنلرده دائما موجب سلامت والزم اولدیغنی بیان ایدر .

لیماراکیس افندی دخی رفقاسیله هم فکر اولوب آمریقا وفرانسه‌ده اولدیغی کبی جمعیت طبیهٔ شاهانه معاونت جراحیهٔ آینه‌نك بوراجه دخی موقع تطبیقه وضعی خصوصنده لازمکلان فداکارانده بولنه‌رق آماز همایونلری کافهٔ تبعه و بندکان شاهانه‌لرینك هر درلو اسباب استراحتلرینی تأمینه معطوف اولان شهنشاه ترقیپرور شوکتلو قدرتلو عظمتلو پادشاهمز افندمز حضرتلرینك سایهٔ همایهٔ جناب خلافتپناهیلرنده بو بابده موفقیت اعضاء جمعیت ایچون سزاوار تبریك وتهنیت ایدوکنی برآوردهٔ زبان ایتمکله مومی‌الیهك تکلیفی ماورونی پاشا حضرتلرینك تأکیدیله بتون اعضاء جمعیت طرفندن مع التقدیر قبول اولنور .

۱۸۹٦ سنه‌سی ۱۹ حزیران تاریخلو اجتماع

قامبور اوغلو افندینك ریاستی تحتنده

دوقتور ویولی افندی سن ژورژ خسته‌خانه‌سنده دوقتور لاردی معرفتیله ایکی یاشنده و آنجق ۷ کیلوغرام ثقلتنده بر چوجقدن قلع واخراج ایتدیکی ۲۵۳۲ غرام ثقلتنده بر ورم کلیوئ عفلی‌یی ارائه ایدر .

هودورا افندی غایت نادر امراض جلدیه‌دن بولنان (پامفیکوس وریقی) یه مبتلا برخسته‌یی ارائه ایدرکه‌خسته‌لق بونك بتون سطح جلدینه منتشر اولمشدر . مذکور

امراض انتانیه‌نك ساری اولمدیغنی بوبابده دلیل اوله‌رق ارائه ایلر وایکی نوع احمرارك عین شخص اوزرنده موجودیتنی قبول ایتمز . اسباب مولد مرضیه‌یه کلنجه مومی‌الیه کوره بزورات خصوصیه‌نك کشفی بیله مسئله‌یی حله کفایت ایتمیوب بو نوع احمرارلرك تفریقی واختلافك تمیزی آنجق سریریات واسطه‌سیله ممکن اوله‌بیله‌جکنی بیان ایدر .

هودورا افندی لیماراکیس افندی احمرار ذوکثیر الاشکالك کوچك مستولیلر طرزنده سرنمای ظهور اولدیغنی اخطار ایدرك بوخصوصك وقوع سرایتی ایضاع ایتدیکنی بیان ایدر .

ویولی افندی مکتوب واسطه‌سیله کوچك چوجقلرده دیفتری ایله برلکده وخیم حصبه وقرمزیه ومهلك صورتده جدری‌یه مبتلا اولدقلرینی اخبار ایدر .

براچانو افندی بشکطاش واورته کوی جهتلرنده بعض حصبه وقوعاتی مشاهده ایتدیکنی واورالرده نزلهٔ مستولیه‌نك تناقص ایتمکده اولدیغنی ذکر ایدر .

۱۸۹٦ سنه‌سی ۱۲ حزیران تاریخلی اجتماع

قامبور اوغلو افندینك ریاستی تحتنده

هودورا افندی (۱) التهاب مثانهٔ درنیه‌یه مبتلا برخسته ایله (۲) صاغ ملتقای شفویسنده برشانقره ابراز این داء الافرنجلی کنج برشخص (۳) آلیه‌رك کمثوی الشکل میقوزیسنی ارائه ایدر .

په‌پو آقشیوته افندی متعدد پارامیوقومه مبتلا برخسته ابراز ایدر .

رئیس افندی معلم اوپراتور جمیل پاشانك میرلوالق رتبهٔ رفیعه‌سنه ترفیع بیورلدیغنی تبشیر ایله پاشای مومی‌الیه تبریکاتده بولنور .

جمیل پاشا بعد التشکر خذع بطن عملیاتیله تداوی ایتدیکی برجرحهٔ نافذهٔ مشاهده‌نامه‌سنی قرائت ایدر .

اشبو خسته عارض اوله‌رق آلت ناریه ایله ناحیهٔ شرسوفیه‌سی خذاسنده وخط ابیضك ایکی پارمق صول طرفنده و سره‌نك آلتی پارمق فوقنده واقع اولدیغندن کلیتلی نفث الدم ظهور ایتمشدر . وقعه‌دن درت ساعت صکره مومی الیه فتح بطن اجرا ایتمکله زیاده مقدارده دم خروج ایتمشدر . توقیف النزفدن ومعده وامعانك

اولوب احمرار عقديده بوحال واقع اولمديغندن حليمات بالجمله احمرار ذو كثيرالاشكالده اولديغى مثللو متحد الى‌المركز اوله‌رق منتشر اولديغندن تفريق اولنه‌بيلور .

اشبو تخلفات سريريه موجود اولمغله برابر الحالة هذه اشبو ايكى آفتى يكديكرندن تفريق وتميز كافهٔ تضيقاته اساس اولان اسباب تولديه هنوز معلوم اولمديغى اجلدن ممكن دكلدر .

دوقتور ليماراكيس افندى احمرار نحوىٔ متعددهٔ هه‌برا ايله احمرار عقدى حقنده بر اثر مطالعه ايدر .

بوايكى خسته‌لغك مشابهتى وسرايتى اوزرينه مباحثه دها شدتله دوام ايدر .

په‌پو آقشيوته افندى اشبو آفت عين بر مرضك ايكى مختلف شكلندن عبارت بولنديغنى بيان ايدوب بونى تأكيداً معلم به‌نيه ايله سه‌وه‌ن طرفندن وارد اولان ايكى مكتوبى قرائت ايدر .

دوقتور هودورا افندينك ابراز ايتديكى خصوصه عائد اولان جهته كلنجه ساق اينده‌كى لوحه كافهٔ اوصافيله برلكده براحمرار عقدى لوحه‌سيدر .

براچانو افندى بونلرك برمرضدن عبارت اولديغنه دائر بيان مطالعه ايدوب اشبو ايكى احمرارك دائما غير بى الشكل وانتانى الاصل اولديغى ظننده بولنور . خسته‌نك صاغ بجاغنده‌كى لوحه‌يه كلنجه بونده عقيده مفقود اولديغندن احمرار عقدى حطيطه‌سى دكلدر .

هودورا افندى دوقتور آقشيوته افندينك احمرار عقدى لوحه‌سى ظننده بولنديغى ساق ايچك لوحه‌سى حقنده اصرار ايدوب مذكور لوحه خسته‌نك ديز باغلرى واسطه‌سيله صيقيشه‌رق تعديل اولنمش براحمرار ذو كثير الشكل لوحه‌سى اولديغنى بيان ايدر. ومسئله‌يى حل ايتمكچون احمرارلرك هربرينه مخصوص عناصر مخصوصه‌نك كشفنه منتظر اولمق ايجاب ايتديكى فكرنده بولنور .

دولتلو ماوروينى پاشا حضرتلرى اشبو ايكى خسته‌لغك مشابهتلرى فكرنده بولنورسه‌ده سرايت مسئله‌سنى قبول ايتمز .

آقشيوته و براچانو افنديلر اشبو ايكى خسته‌لغك شخص واحد اوزرنده عين زمانده ظهور ايتديكنى بيان ايدرلر .

ليماراكيس افندى آقشيوته افندى‌يه جواباً مومى‌اليهك قبول ايتمك استديكى وجهله امراض انتانيه‌نك كافه‌سى سارى اولمديغنى ذكر ايدر . حميات مرزغيه مثللو برچوق

ذكر و بيان ايدر . پەپوآقشيوته افندی ايسه غيرپی الشكل بعض احتقان رئه خصوصاتيله ذات الرئهٔ انتانيه وحصبه خصوصاتنی ذكر ايدر .

١٨٩٦ سنه‌سی ٥ حزيران تاريخلو اجتماع

قامبور اوغلو افندينك رياستی تحتنده

دراقوليدس افندی برقاپسول پارچه‌سنك صچرامه‌سندن متحصل اولوب التيام بولان طبقهٔ قرنيه جرحهٔ رضيه‌سندن متأثر اولمش برخسته‌يی ارائه ايدر . مومیاليه (عتراف بچاغيله طبقهٔ قرنيه‌نك شقی قيحك افراغندن عبارت اولان) سوميچ عمليانتی اجرا ايتمكله قلع كرهٔ عينه احتياج حاصل اولمامق و بعدالالتيام فعل رؤيت حال طبيعی درجه‌سنده قالمق صورتيله احراز موفقيت ايتمشدر .

رئيس افندی معلم جميل بكك ايكنجی رتبه‌دن نشان عالیٔ عثمانی ايله تلطيف بيورلديغنی واوپراتور ناظم شرف‌الدين بكك قائممقاملق رتبهٔ عاليسی توجيه بيورلديغنی واسناماتيادس افندينك دخی سن سه پولكر نشانته نائل اولديغنی تبشر ايله بو وجهله صور مختلفه‌ده نائل مكافات اولان ذواته اعضای جمعيت نامنه بيان تبريكات ايلر .

بعده ديار اجنبيه‌ده مشهور ژانه‌رك ايلك تلقيح جدری عمليانتك يوزنجی سنهٔ دوريسی حقنده شنلكلر ترتيب اولنديغندن بحثله اكستوريدس وغابوززی و پول افنديلر طرفندن اجتماعات قريبه‌لرك برنده بوموجد شهيره عائد مناسب براثر تقديم وقرائت اولنمسنی تكليف ايتمكله اشبو تكليف قبول اولنور .

ليماراكی افندی اجتماعات اخيره‌نك برنده خناق ديفترياينك تزايدی حقنده صرف ايتديكی كلامی تأييد ايدرك اولزمانكی روش افاده‌سی باعث اشتباه اولديغندن كنديسی تداویٔ بالمصلك مخاصمی اولمقدن صرف نظر مرض مدهش مزبوره مبتلا خسته‌لره تصادف ايتدكجه دائما آنی استعمال ايتدكنی بيان ايدر .

هودورا افندی درت كوندنبرو احمرار ذوكثير الاشكاله مبتلا برخسته ارائه ايدر . اشبو خسته‌نك شايان استفاده جهتی احمرار ذو كثير الاشكالك حاليان توصيفيه‌سی ميانده ساق ايمننده موجود اولان بر عدديناك احمرار عقدی‌يه اولان مشابهتيدر . مع مافيه سريرياتٔ نقطهٔ نظرندن مرض مبحوثك ساقلرده ظهور مؤخری معلوم

ایتدیکی (اصمیت عصبیهٔ اختناق رحمیه) حقنده بیان مطالعه ایدرکه اشبو قیز فلج حس بلعومیسندن ماعدا اختناق رحمه عائد دیکر استغماتلر ابراز ایتمزدی .

موقع تطبیقه قونیلان اصول تداوینك جمله‌سی تأثیرسز قالدیغندن الکتریقیت واسطه‌سیله اون دفعه‌ده شفا حاصل اولمشدر . اشبو خصوص احمیتك مشاهده اولندیغی سن مناسبتیله و آفتك اوزون مدت دوامی و صیوان اذنك و مجرای اذنك فلج حسیسنك مفقودیتی حسبیله و بر تداوی عالوانی واسطه‌سیله شفایاب اولمسی جهتیله شایان استفاده مشاهده‌در .

آپه‌ری افندی حمام حار وحمام باردی متعاقب دم ایله ادرارك ترکیبلرنده وقوعه کلن تبدلات کمیویه‌یه دائر برخاطره قرائت ایدر .

ویانه‌ده موسیو اشتراسه‌رك یکی برمطالعه‌سنه نظراً دم ایله ادرارك حامضیتی حمامك حرارت ویا برودتیله تزاید ویا تناقص ایتدیکنی بیان ایدر .

فی‌الحقیقه بوبابده تطبیق ایدیلان تجربیات حمام حاری متعاقب دم وادرارك حامضیتی وحامضیتنك تزایدینی وحالبوکه حمام باردی متعاقب قلویتنی تصدیق ایدر . فعل تغدی دخی عین وجهله متأثر اولور .

افراط حامضیت تسخین وتزاید خرابتیله ایضاح اولنه‌بیلور حالبوکه افراط قلویت خرابیتدن زیاده اولان فعل تحمضه عطف اولنور .

معیارجه تخلفات حاصل ایدن درون دمده کی حامض فحمك تحولاتی فوسفوریتلردن نشئت ایدوب درون دمده هر نه زمان حامض فحم تزاید ایتسه بوحال املاح فوسفوریهٔ قلویه‌نك تزایدینی منجر اولور . حمامات بارده‌دن صکره ادرارده املاح فوسفوریهٔ حامضیه‌نك تناقصی حمامات بارده واسطه‌سیله زیاده‌سیله تزاید ایدن حامض فحمك افراغی نتیجه‌سی اولمق کرکدر . اصول تداویٔ بالماءنك تحمضاتك تزاید و یا تناقص ایتدیکی امراض مختلفه تداویسنده کسب ایده‌جکی اهمیت بوکوندن اعتباراً تقدیر وتخمین اولنه‌بیلور . حمامك درجهٔ حرارتنه کلنجه بو ادرارك تحلیل کمیویسیله حامضیت فوسفوریه‌سنك تعیلدن صکره ترتیب اولنه‌جق برمسئله‌درکه املاح فوسفوریهٔ حامضیه‌نك تزاید و یا تناقصنه نظراً حرکت اولنملیدر . آپه‌ری افندی سیوتیس افندی ایله برلکده بوبابده برطاقم تجربه‌لره کیریشه‌جکنی بیان ایدر .

امراض مشهوده حقنده براچانو افندی بعض نزلهٔ امعاء ونزلهٔ مثانه خصوصاتنی

ترانتاس افندی عين مؤوف قلع ايدلمكسزين شفاياب اولان اللی ياشنده برشخصده حصوله كلن ترخيض مضاعف كرهٔ عين حقنده برمشاهده‌نامه قرائت ايدر .

ناحيهٔ هدبيه‌نك بش سنه‌لك بر ترخيضی (بومثللو ترخيضلرك الك وخيميدر) وناحيهٔ مزبوره‌ده برجسم اجنبينك موجوديتی باقی بولنديغی حالده نه بر رمذ علاقوی‌يه ونه‌ده ضياع عينه باعث اولمديغی ايچون اشبو مشاهده حائز اهميت مخصوصه‌در . ترانتاس افندی جسم اجنبيدن متولد علائم الهابيه‌نك ظهورات مؤخره‌سندن واللی ياشنده برشخص ؛سعنده جسم بللورينك امتصاصنده‌كی اشبو مشهودات مهمه‌سنه استناداً لايقلی برتداویٔ مضاد عفنیٔ تأسيس ايدلمك شرطيله عين مؤوفك قلع واستيصالنده عجله ايدلمامسنی توصيه ايدر .

دراقوليدس افندی استيصال كرهٔ عين خصوصنده اوچ سنه مقدم محيط الصلبه‌نك بوروی ايچون اجرا قلنان استيصال ورم عملياتنی متعاقب وقوع نكس مشاهده ايتمش ايسه‌ده اجزاجی آپه‌ری افنديك معاينهٔ خرده‌بينيه‌سی سايه‌سنده ورمك سليم الطبيعه اولديغی تحقق ايتمكله ورم مزبوری تماماً استيصال ايدرك عين مؤوفك قلعندن مريض بووجهله تخليص قلنمشدر .

ترانتاس افندی طبقهٔ صلبه ايله طبقهٔ قرنيه حدودنده‌كی اورامك اعراض حكميه‌سی برتشخيص محقق وضعچون غيركافی بولنديغنه مبنی بومثللو اورام حقنده غايت احتياطلی طورانمق ايجاب ايتديكنی و بوبابده بری آنجق چشم بين ايقاظ ايده‌بيلوب داخل عينه طوغری استطالاتك موجوديتی كشف اولنديغی صره‌ده استيصال كرهٔ عين اجراسی تأخير ايدلمامسی لزومنی بيان ايدر .

١٨٩٦ سنه‌سی ٢٩ مايس تاريخلو اجتماعی

دوقتور قامبور اوغلی افنديك رياستی تحتنده

هودورا افندی اوچ عدد خرده‌بين واسطه‌سيله اسطوانی ومتنبت سرطان سخنی قطعات انسجويه‌سنی ارائه ايدوب بوبابده تفصيلات لازمه اعطا ايدركه تفصيلات مزبوره حضار طرفندن كمال استفاده ايله استماع ايديلور .

په‌پو آقشيوته افندی معيوبيت عصبيهٔ ارثيه ايله شائبه‌دار ١٣ ياشنده برقيزده مشاهده

اولهمدیغمزدن قارئین کرام میاننده بوبابده تفصیلات لازمه آلمق ارزو ایدنلرک فی ۳۱ مایس سنه ۱۸۹۶ تاریخلو و ۷ نمرولی جریدهٔ طبیهٔ شرقیه‌یه مراجعتلری توصیه اولنور.

۱۸۹۶ سنه‌سی ۱۵ مایس تاریخلو اجتماع

دوقتور قامبور اوغلنك ریاستی تحتنده

ازمیرلی موسیو پولیتیس هیئتك مساعدهٔ مخصوصه‌سیله تداوی بالماء اصولی حقنده بر اثر قرائت ایدر . امراض مشهوده خصوصنده لیماراکیس افندی فتح دهان ایله بعض نزلهٔ مستولیه ایله حماء شبه تیفو وحصبه خصوصاتی مشاهده اولندیغنی وسعال دیکی ایسه مستولی طرزینی آلمقده اولدیغنی بیان ایدر .

طاطاولا و بك اوغلی و استانبول مثللو بعض محلانده خناق دیفتریائیده تنزل ایتمشدر .

دولتلو ماورونی پاشا حضرتلری شهرده خناق دیفتریائیلرده تداوی بالمصل استعمال اولنوب اولنمدیغی حقنده لیماراکیس افندیدن استیضاحاتده بولندیغندن مومی‌الیهه دخی بالذات تداویٔ بالمصله مراجعت ایتمامش ایسه‌ده آنی استعمال ایدن اطبانك بعض وفیات قید ایتمکده اولدقلرینی و حالبوکه آنی استعمال ایتمینلرنده نتایج حسنه استحصال ایده‌بیلمش اولدقلری مرویدر .

دوقتور وامق بك بو افاده‌یی تصدیق ایتمکله برابر تداویٔ بالمصل ایله تداوی ایتدیکی ۲۶ خسته‌دن آنجق ۳ وفیات ایتمکله وفیات یوزده اونبر بچق نسبتنده اولمشدر.

قامبور اوغلی افندی دخی مضاد دیفتری اولان سروم شهرك هر محلنده آز چوق نتایج حسنه ایله استعمال ایدلمکده بولندیغنی تصدیق ایدر .

۱۸۹۶ سنه‌سی ۲۲ مایس تاریخلو اجتماع

دوقتور قامبور اوغلو افندینك ریاستی تحتنده

شهرمزده برای سیاحت بولنمقده اولان پراغلی دوقتور (هەپ) اسباب امراض ایله عضویتك قابلیت مخصوصه‌سی بیننده‌کی مناسباته دائر آلمانجه برنطق ایراد ایدر .

تولدك مشكلاتنه تحمل ایتمكدن ایسه الیوم اجرا قلنمقده اولان عملیاتلرك كثرتی مواجهه‌سنده یقین برزمانده بونوع مداخلهٔ جراحی‌یه كسب الفت ایدلمسی بعید اولمدیغی درمیان اولنور .

اولونیتیس افندی اورام ظنیله حامله قادینلر اوزرنده بعض مؤلفلر طرفندن اجرا قلنمش اولان بونوع عملیاتلرك چند عددینی تخطر ایدر . مع مافیه عملیات قیصریه وخیم وخطرناك برعملیات ایدوكندن بومثللو تصادفاتده ایلری وارلمیوب بطن سد وحمل طبیعی كوزتلمسنی توصیه ایدر .

معلم فون دورینغ افندی احمرار تحویٔ كثیر الاشكال حقنده برمطالعه قرائت ایدوب مجلس طاغلمشدر .

١٨٩٦ سنه‌سی ٨ مایس تاریخلو اجتماع

قامبور اوغلو افندینك ریاستی تحتنده

رئیس افندی مكتب طبیهٔ شاهانه امراض داخلیه معلمی دوقتور فیضاه پاشانك فریقلق رتبهٔ رفیعه‌سنه ترفیعیله دوقتور لیماراكیسك یونانستانك (سوور) نشانك شه‌والیه رتبه‌سنه نائلیتلرینی مقام افتخارده جمعیته اخبار ایتمشدر .

دراقولیدس افندی رمد علاقوینك نكل مؤخزینه عائد بر اثر قرائت ایدر .

ترانتاس افندی دخی برقینؤ بسیطه‌لی نقطهٔ دمیٔ مضاعف ولادی حقنده بر اثر قرائت ایدر .

جمیل بك یدی سنه‌دنبرو حاصل اولوب ركبه‌نك تحتنه دكین نزول ایدن بر ورم لیفیٔ حصیوینك فوطوغرافنی ابراز ایدر . ورم مزبورك قلبی تندب بالاتحاد اولی ایله متعاقب اولوب اشبو ورمك ندرنی وسكز بچق كیلوغرامی تجاوز ایدن ثقلتی مناسبتیله مشاهدهٔ مذكوره حائز اهمیت كورلمشدر .

په‌پو آقشیوتی افندی احمرار ذوكثیرالاشكال ایله احمرار عقدینك مشابهت تامه‌لری حقنده بر اثر قرائت ایدر و بونی مؤید اوله‌رق معلم له‌وه‌نك عین فكری مضمن اولان برمكتوبنی ذكر ایدر .

اشبو اثراوزونجه ومهم برمذاكره‌یه بادی اولوب آكا دورینغ وبراچانو ولیماراكیس وآقشیوته وهودورا واكستوریدس افندیلر اشتراك ایدرلر .

مع‌التأسف جمعك غیر مساعد بولنمسنه مبنی اشبو مذاكرهٔ مهمه‌یی درجه موفق

مومیٰالیه احمرار طبقهٔ ملتحمه‌یی دخی مشاهده ایتمشدرکه آکا کوره بونوع احمرار خسته‌لغك اشکال فوق‌العاده ومزمنه‌سنه عائددر .

امراض مشهوده حقنده براچانو افندی نزلهٔ مستولیدنك وحماء شبه تیفونك دواملرینی بیان ایدوب مع اختلاطات بر قاچ خصبه وقوعاتی مشاهده ایتدیکز ذکر ایدر .

۱۸۹٦ سنه‌سی ۱ مایس تاریخلو اجتماع
رئیس ثانی لیماراکیس افندینك تحت ریاستنده

معلم دورینغ افندی آلتی ماهدنبرو آقرومه غالی‌یه ابتلا برخسته‌نك فوطوغرافنی ارائه ایدر . بونك اطراف سفلیه وعلویه‌سی فوق‌العاده نشو ونما بولمشدر . لهجه‌نك حجمی دخی جزؤی تزاید ایتمشدر . فعل منعکس رضفی محو اولوب انفضاج کثرتلی ودائمیدر . رؤیت طبیعی اولوب خسته‌ده رئه وغشاء جنب جهتندن هیچ برراحتسزلك حاصل اولمامشدر . بوخصوص ماری طرفندن بیان اولنان ذات الرئه‌دن متولد فرط ضخامهٔ اطرافدن فرقلیدر .

معلم جمیل بك مبیضلرك کیسهٔ ادمویهٔ مضاد عفنه‌سنك قطعات تشریحیه‌سنی ارائه ایدرکه اونبر سنه‌دنبری بطننه بورورم طاشیمقده اولان اوتوز یاشنده برقادیندن چیقارلمش وصاغ طرفده‌کی سویق التوا ایتمشدر .

عملیات کمال موفقیتله خاتمه‌لنمشدر . اشبو مشاهده اولا : ندرتی . ثانیاً : هر ایکی مبیضك استیلا اولنمسی . وثالثاً دخی : بطیا سویقك التوا ایدیشی جهتیله جائز اهمیتدر .

جمیل بك بعده کندیسنه رحمك بورورم لیفیٔ عضلیٔ مذمینی اوله‌رق توصیه اولنان اون یدی یاشنده بر قیزده اجرا ایتدیکی عملیات قیصریه‌دن بحث ایدر .

قبل العملیات اجرای مس اولندقده عنق رحم حال طبیعیده اولوب ورم لمس ایله اقسام صلبه ابراز ایدردی . اصغا اولندقده قلب جنینك ضرباتی حس اولنمیوب حرکات جنین دخی محسوس دکلیدی . جذع بطن اجرا اولندقده حامله بر رحمه تصادف ایتمکله جمیل بك بطنی تکرار سد ایتمك استرسه‌ده حرکات جنین توقف ایدنجه رحمی شق ایتمکه قرار ویروب سکز بچق آیلق جنینی اخراج ایدر .

عملیات حسن نتیجه ایله نهایتلنوب طفل ومادر برحیات وصحتلری برکمالدر .

بونده مهم اولان جهت مایع آمنیوسك مفقودیتی چوجغك حرکاتنك مفقودیتنه باعث اولمسیدرکه بوکا مماثل خطالر نادر الوقوع دکلدرلر وجمیل پاشا قادینلرك فعل

براچانو افندی بعض احمرار عقدی حالاتیله برقاچ احمرار ذوشکل مشاهده ایتدیکنی بیان ایدر .

اندفاع اکثریا حما ایله برلکده بعضاً ده اوجاع ریتویه و یا تخمهٔ معدویه ایله برلکده اولور . اکثریا صولت ابتدیکی نواحی اطراف سفلیه و وجه ونادراً صدر واطراف علویه وجذعدر ،

اندفاع ۷—۱۵ کون دوام ایتمشدر . تداوی اوله‌رق کنین ومعدنی ونباتی لیموناطه‌لر وثانی فحمیت سودلی معدن صولری قوللانلمشدر .

براچانو افندی احمرارك منشائنی نزلهٔ مستولیه مقروبنه عطف ایتمك استر .

ماورونی پاشا دخی خسته‌خانه‌لرده‌کی خدمت عسکریه‌سی اثناسنده برطاقملری حاد وحموی دیکرلری علائم ریتویه‌لی برچوق احمرار عقدی خصوصاتی مشاهده ایتمش اولدیغنی بیان ایدر .

دراقولیدس افندی کوزلرده‌کی علائم احمراریه فوق‌العاده اندر اولوب بونك طبقهٔ ملتحمه‌ده مستقر اولدیغنی بیان ایدر .

ترانتاس افندی اختلاطات عینیه‌نك اندر اولمغله برابر سؤ تعریف ایدلدیکنی بیان ایدر . دوقتور نرسونه کوره التهاب طبقهٔ ملتحمهٔ انفطاطی الك متواتر اختلاطیدر .

ترانتاس افندی روم خسته‌خانه‌سنده آندن بردانه کوره‌شدرکه بوطبقهٔ ملتحمه‌نك قسم بصلیسنده محدود برذات الطبقهٔ ملتحمهٔ خصوصیه‌در .

قسم مصاب ماویمتراق بر قرمزی رنکده اولوب التهاب طبقهٔ ملتحمهٔ جفنی‌یه سرایت ایتمشدر . وجودده‌کی احمرارك غیوبتندن صکره طبقهٔ ملتحمه‌نك لونی بسبتون ماویمتراق اولوب بعده طبقهٔ ملتحمه‌ده بر یبوسیت پیدا اولمشدرکه بوده یواش یواش چند کونده زایل اولمشدر . ترانتاس افندی کتب طبیه‌ده اشبو یبوستدن بحث اولنوب اولنمدیغنه واقف دکلدر .

لیماراکیس افندی مباحثه‌یه تماماً کیرشمکچون دورینغ افندینك مطالعاتنی بکلر . زیرا امراض انتانیهٔ حاده‌یه مرافقیت ایدن احمرار حقنده اجرای مذاکره ایتمك مطلوب اولمیوب احمرار حقیقی‌یی مطالعه ایدوب احمرار عقدیله احمرار ذوکثیرالاشکالك ایکیسیده عین برخسته‌لغك شکللریمیدر بونی تعیین اقتضا ایدر . بونك امتدادی تخمیناً اونبش کوندر . لیماراکیس افندی بری حاد ودیکری تحت الحاد ودیکریده قابل نکس اولمق اوزره اوچ شکل مشاهده ایتمشدر .

احتياجاتده صرف اولنان قويو صولرى حماء شبه تيفونك اسباب توليديه‌سى حقنده برمؤثر مهم تشكيل ايدر .

١٨٩٦ سنه‌سى ١٧ نيسان تاريخلى اجتماع

قامبور اوغلو افنديك رياستى تحتنده

آقشيوته افندى چوجقلرده مشاهده ايتديكى برقاچ احمرار عقدىيى بيان ايدر .

براچانو افندى نزلهٔ مستوليه‌نك اولدقچه برشدتله واشكالى مختلفه ايله بدأ ايدوب خصوصا چوجقلرده اختلاطات رئويه وجبنيه وقصبيه ايله نهايت بولديغى سويلر . بعض انجريه حالاتى دخى مشاهده ايتديكى سويلر .

ليماراكيس افندى چوجقلرله كاهلرده بر حدود اولديغى مثللو طفل نوزادلرده دخى تلقيح جدرينك مجبورى اولمسيچون جمعيت طبيه‌نك نه‌كبى تشبثاتده بولنه‌بيله‌جكنى استفسار ايدر . متعلقات اطفال علت مستوليه حكمفرما اولمقده ايكن تلقيح جدرى اجرا ايتدرمكه شتاب ايتدكلرى مثللو ديكرلريده مع التأسف مستولى وار ايكن چوجقلرى تلقيح ايتدرمك بلا استثنا خسته‌لغى دعوت ايتمك ديمك اولديغنه دائر افكار سقيمه‌يه ذاهب اولورلر .

دولتلو ماوروونى پاشا حضرتلرى بوبابده قوهٔ جبريه استعمالى جهتنى التزام ايدر .

داللاس افندى بو بابده يكانه چاره تلقيح جدرينك تأثير صحتبخشاسيله الزميت صحيه‌سى حقنده تعلقاتى اقناع ايدرك واسطهٔ معنويه‌يه مراجعت اولنمسنى ترجيح ايدر .

وامق بك افندى دخى آشى شهادتنامه‌سى ابراز اولنمدقجه نفوس تذكره‌سى ويرلمامسنى تكليف ايدر .

رئيس افندى ماوروني پاشا حضرتلرينك تكليف عاليلرينك وامق بكك تكليفنى وجهله موقع بالسهوله تطبيقه قونيله‌بيله‌جكنى تصديق ايتمكله برابر رفقانك اكثريسنك عين مسئله حقنده قيد اولدقلرندن بحثله مباحثه‌نك جمعيت آخره تعليقنى تكليف ايدر .

١٨٩٦ سنه‌سى ٢٤ نيسان تاريخلو اجتماع

قامبور اوغلو افنديك رياستى تحتنده

اجتماع آخيرك ضبطنامه‌سيله مراسلاتك قرائتندن صكره مسئلهٔ مقرره ايله اشتغال ايديلور .

نظريه ايدوكنى ذكر ايديور . آپەرى افندى دوام ايله معمافيه موسيو بەشان باقتريلردن عارى وتكليس اولنمش هوا ايله يرلكده كافهٔ مواد عضويەنك تخمرات مقروبيه واسطەسيله آنى اولەرق تغير ايتديكنى و تخمرات مزبورەنك ايسه نشو ونماسى و پيريوينەلرينى مانع اولەجق مقداردەكى مواد مضاد تعفنيەدن متأثر اولوب ١٢٠ درجه فوقنده بر درجهٔ حرارت آنلرك فعاليت تحويليەلرينى دائما محو ايتمكه كافى اولمديغنى اخطار ايدر .

آپەرى افندى وسط رطبى نظر مطالعەيه الەرق موسيو رەپەنك ابخرهٔ كئوليەنك تضييق شديدى سايەسنده قاتكوتلرك كافهٔ اقسامنده حرارتك انتقاله عائد اولان رأيى مقارن حقيقت بولور . وكئول قاتكوتلردەكى اجسام شحميه مياننده بالتمام قابل انتشار اولمديغندن آپەرى افندىيه كوره موسيو رەپەنك بوفكرى قطعى اولەميوب حرارتك مساوات اوزره انتقالى كيفيتى كسب صعوبت ايدر .

آپەرى افندى ديركه اجسام معدنيه و ياخود بالذات كئولك جواهريله بالاتحاد محصولات غير مؤثره توليد ايتمك خاصەسنى حائز اولان اجسام استعمال اولندقلرى حالده مضاد تعفن موادك محلولات كئوليەسى هالك مقروب خواصلرينى غيب ايتمش اولەجقلرندن استعاره ايتزلر ديه بيان فكر ايتمكده موسيو رەپەنى حقلى كورر .

آپەرى افندى قيد احتياط ايله موسيو رەپەنه بانزين وفورمول وكبريت قاربون وسائره مثللو خصوصاً مرتفع بردرجهٔ حرارتده وتحت تضييقده فوق العاده هالك مقروب خواصى حائز وكئولدن زياده قابل نفوذ اولان اجسامى تكليف ايدر . معمافيه آپەرى افندى موسيو رەپەنك بر كون اولوبده شايان اعتماد برقاتكوت اعمال ايدەبيلەجك درجەده رسوخ ومعلومات كافيەيى حائز نولديغنه امين اولديغنى بيان ايدر .

امراض مشهوده حقنده براچانو افندى الحالة هذه مشاهده اولنان حماء شبه تيفو اشكال سحابائيەسنى حماء شبه تيفونك ايلك بهار وصوك بهارده وياخود بيوك مستوليلردەكى اعراض سحائيەسندن تفريق ايتمك لازم اولديغنى ذكر ايدر . ونزلهٔ مستوليه مثللو بدأ ايدوب اوچنجى كونى اعراض سحائيه ظاهر اولان برخصوص بيان ايدر . درت كون صكره اعراض مزبوره يرينه تيفوى بطنى علايمى ظاهر اولور . سحابائى اولمين اشكالنده اولا علائم نزلويه ظهور ايدوب مؤخراً شكل بطنى آشكار اولور . اشكال مزبوره هرايكى مقروبك اتحادى مناسبتيله نزلهٔ مستوليەنك حماء شبه تيفو ايله اتحادندن عبارتدرلر . اهالى طرفندن نظامت وطهارت وصلاطەلرك ييقانمسى وسائره مثللو

معلم جميل بك ٣٦ ياشنده وضعيف البنيه وتكثر كريوات بيضائيه‌لى بر شخصدن قلع واستيصال ايتديكى بر طحالى ابراز ايدر .

قلب و رئتين و طحال حال طبيعيده ايديلر . عمليات سهولت ممكنه ايله اجرا اولنوب بطن سد اولنوركن شدتلى بر نزف وقوعه كله‌رك اربطهٔ جديده واسطه‌سيله توقيف ايدلمشدر . عملياتك فرداسى كونى زياده بر عسرت تنفس واختناق رئهٔ مضاعف وضعفيت فوق العادهٔ قلب وقوعه كله‌رك خسته عملياتدن ٣٨ ساعت صكره ترك حيات ايدر .

فتح ميت اولندقده درون بطنده مصل وقيحدن اثر بولنميوب جذير طحال مكمل برحالده ايدى . كليهٔ ايسر متضخم اولوب صولده التصاقات جنبيه وصاغده انضبابات مصليه وركودن دم رئويه مضاعفه مشاهده اولنمشدر . شغاف خارجئ قلب درونده ٣٠٠ غرام مايع متراكم بولنمشدر . قلب متفحم اولوب شق اولندقده بطين ايمن وشريان رئوى ابيض وتماس اولندقده سرت بر علقهٔ ابيض ايله مملو و بطين ايسر ايسه بر علقهٔ اسودى حاوى كورلمشدر. جميل بك وقوع وفات حقنده صنعتداشلرينك رأينى استفسار ايدر .

براچانو افندى‌يه كوره سبب موت برصدمهٔ عمليه‌يه خسته‌لكك حد ذاتنده مهلك اولمسنه مبنى ضعفيت عميقه‌يه اسناد اولنه‌بيلور .

ليماراكيس افندى جميل بك طرفندن ذكر اولنان تغيرات مرضيه‌نك وقوع وفاتى بالسهوله ايضاح ايتديكنى بيان ايدوب ٣٨ ساعتلك مدت حيات اثناسنده دفعاتله دم معاينه ايدلش اولسه‌يدى بو بابده صورت قطعيه‌ده اعطاى رأى ممكن اوله‌بيله‌جكنى سويلمشدر .

جميل بك ايسه خسته‌نك صدمهٔ عمليه‌دن وضعيفيت عمقه‌دن واثناى عملياتده‌كى ضايعات دمويه‌دن وفات ايتديكنى وتكثر كريوات بيضالى طحاللرده‌كى عملياتلرك يوزده طقسان بش وفيات حاصل ايتدكلرى جهتله مدار تشويق اولمدقلرينى ذكر ايتمشدر .

آپه‌رى افندى قاتكوتلر حقنده موسيو ره‌پنك بر مكتوبنى قرائت ايدر . موسيو ره‌پن اولا ات صويلرى اصول تعقيمك برقسم غير مفارقى اولميوب آنجق قاتكوتلرك معقميت تامه‌سنى اثباته خدمت ايتديكنى بيان ايدر . بالطبع ات صويلرينك برچوق انبوبه‌لره اثناى توزيعنده قاتكوتلرك بعضيلرينك تلويث اولنملرى محتمل ايسه‌ده تنوره براقلدقده بو بالسهوله تظاهر ايدر. ره‌پنك رأينه كوره بزورات مقروبيه‌نك قاتكوتلرك مركزنده‌كى مقاومت نسبيه‌لرينه كلنجه موسيو ره‌پن بونك اثبات وجرحى مشكل بر

مرض مزبورك قابليت شفائيه‌سنه كلنجه بوبابده مطئن اولديغنى بيان ايدرك داللاس افنديك ظنى وجهله معافيتك قابليت شفائيه‌يى اسقاط ايده‌ميه‌جكنده درميان ايدر .

جميل بك برمجامعت شديده‌يى متعاقب حصوله كلن بركدمهٔ قضيب وصفن وعجاندن بحث ايدر .

ناظم بك دخى بوكا شبيه برخصوص ذكر ايدر .

دراقوليس افندى بوسنه طرفنده كندى طرفندن مشاهده اولنان حماء شبه تيفو خصوصاتندن بحث ايدوب بونلردن بديسنك بر شكل وخيم دماغى ابراز ايتديكنى وديكرلرنده ايسه هر نقدر تداوى‌يه اعتنا اولنمشسه‌ده فلج قلبى واسطه‌سيله وفات وقوعبولديغنى بيان ايتمكله برابر علائم مزبوره‌يى مراكز دماغيه‌نك تيفو ويروسيله استيلا اولنمسنه عطف ايدوب بواثناده حكمفرما اولان انفلو آنزانك انتانيله حماء شبه تيفونك ماينلرنده اتحاد ايتمش اولملرى محتمل بولنديغنى علاوهٔ مقال ايلر . بوندن ماعدا حماء شبه تيفونك يغمورلى موسمده مستولى بولنديغنى اخطار ايدوب شهرمزك تقسيم ومجارئ مياهنك سؤ احوالى مناسبتيله ماءلذيذك اثناى تقسيمنده انتان اولنمسيله مرض مزبورك ظهورينك كسب سهولت ايتديكنى بيان ايدر .

اشبو مطالعه برمباحثه ومناقشهٔ شديده‌يه سبب اولمغله ناظم بك وجميل بك ايله فون دورينغ وصاحب مطالعه بوكا اشتراك ايدرلر . فى‌الحقيقه درعليه‌ده لغملر غايت فنا اولديغندن استاتستيق مفقود اولمقله برابر بوده حماء شبه تيفونك سائر اوروپا شهرلرندن اولديغنى ودوقتور ناظم شرف‌الدين بكك بيانى خلافنه اوله‌رق مرض مزبورك يغمورلى موسمده آرتديغنى ادعا ايدر . ناظم شرف الدين بكك يغمورلى موسمده مرض مزبورى قشله‌لرده مشاهده ايتمشى بو بابده شرفصادر اولان ارادهٔ اصابتعادهٔ جناب خلافتپناهى موجبنجه جنود جناب ملوكانه‌يه تميز واريللرله منبع صويى اعطا ايدلمسندن ناشيدر . حالبوكه صو مرض مزبورك اسباب توليده‌سى حقنده بروظيفهٔ مهمه ايفا ايدر .

١٨٩٦ سنه‌سى ١٠ نيسان تاريخلو اجتماعى

دوقتور قامبور اوغلى افنديك رياستى تحتنده

رئيس افندى جمعيتك اعضاء فخريه‌سندن معلم سمولانك وفاتنى بيان ايتمكله علامت ماتم اوله‌رق جمعيت برمدت تعطيل ايديلور .

تشكل اجتماعده ظارتاريان افندى برخسته‌دن اخراج ايتديكى برغدهٔ نكفيه كيسهٔ ايداتيديه‌سنى ابراز ايدر .

طقوزنجی سنه نومرو ۱۲۳-۱۲۲ ۱ مایس حزیران ۱۳۱۱

جریدهٔ امراض الصحه

عسکریه و ملکیهٔ دولت علیهٔ عثمانیه

﴿ جمعیت طبیهٔ شاهانه مذاکراتنك اجمالی ﴾

۱۸۹۶ سنه‌سی ۳ نیسان تاریخلو اجتماع

قامبور اوغلنك ریاستی تحتنده

جمیل بك استیصال طحال عملیاتی اجرا ایتدیکی بر خسته‌یی ارائه ایدر . تحصل ایدن ندبهٔ کبیره مکمل اولوب تفتق احشاء وهیچ برعلامت فتقیه مشاهده اولنمامقده‌در.

داء الافرنجك انتان مکرره باعث اولیشی موقع مذاکره‌یه قونیلوب داللاس افندی بونی قبول ایتمز و بوخسته قابل تشفیه اولدیغنه دائر متردد بولندیغنی دخی بیان ایدر .

آولونیتیس افندی معلم فورنیه‌نك رأیی ذکر ایدوب مومی‌الیهه کوره انتان مکرر طرزنده ذکر اولنان خصوصاتده‌کی قرحهٔ افرنجیهٔ ثانیه‌نك انجق شانقروی الشکل بردور ثالث تقرح افرنجیسندن عبارت اولدیغنی اتیان ایدر .

فون دورینغ افندی معلم فورنیه‌نك رأینه اشتراك ایدوب انتان مکرر قرحهٔ افرنجیه‌سی هر برحلیمه طرفدن ترك اولنان ارتشاح قرب الوعائی اوزرنده تحصل ایدوب تقرح ایدن برضمغ افرنجیدن عبارت اولدیغنی و اکا اوناکوره پلاسه‌وم تعبیر اولندیغنی تکرار ایدر ،

نومرو ۱۲۳ — ۱۲۲ طقوزنجی سنه
۱ مایس وحزیران ۱۳۱۱



جریدهٔ امور الصحه

عسکریه و ملکیهٔ دولت علیهٔ عثمانیه

هیئت تحریریه

دولتلو ماوروویانی، سعادتلو ماقریدی پاشالر حضراتیله دوقتور عزتلو ناظم شرف الدین بك، دوقتور پاردو و ویقتور افندی غالیمیدی

مدیر
دوقتور سربوسیان



کاتب
پیر آپه‌ری

غزته اداره‌خانه‌سی

جمعیت طبیهٔ شاهانه‌نك بولندیغی محلده: درسعادتده بك‌اوغلنده سقا سوقاغنده آصمه‌لی چشمه‌ده
اعلانات و آبونه خصوصاتی ایچون ناشر جریده «آ. خریستیدیس»ه مراجعت اولنمالیدر
غلطه‌ده وویووده جاده‌سنده نومرو ۱۹

آبونه شرائطی

بر سنه‌لکی استانبول ایچون ۳۰ وولایات ایچون ۳۶ غروشدر ممالك اجنبیه ایچون ۸ فرانقدر

(آ. خریستیدی مطبعه‌سی)

درسعادتده غلطه‌ده وویووده جاده‌سنده نومرو ۱۹

— ۱۸۹۵ —